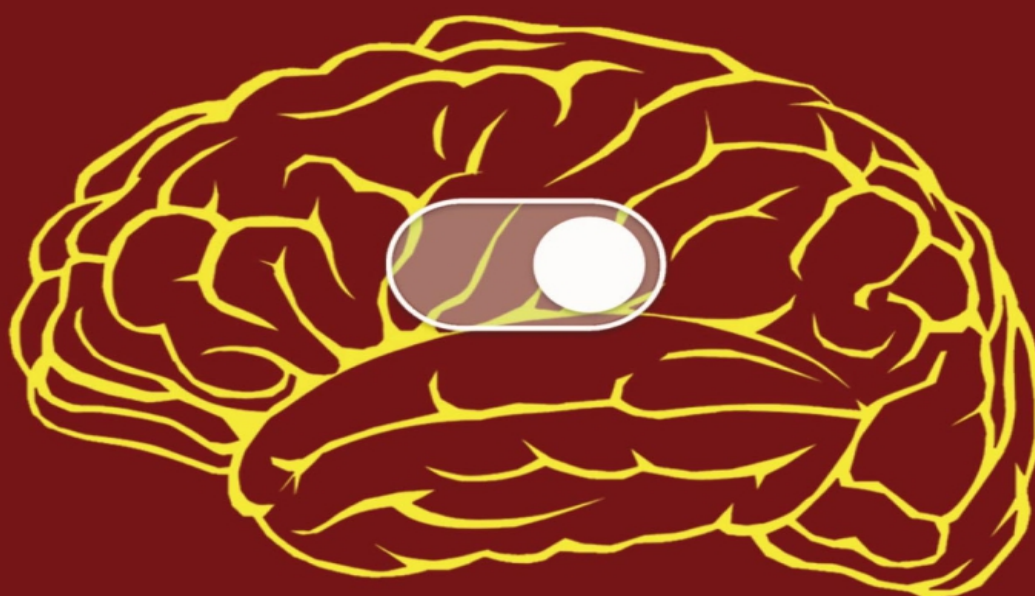


Anderson Carlos de Oliveira



BLOQUEIOS & VÍCIOS EMOCIONAIS *COMO VENCÊ-LOS?*





Anderson Carlos de Oliveira

BLOQUEIOS &
VÍCIOS EMOCIONAIS
COMO VENCÊ-LOS?

Goiânia-Go
Kelps, 2020

Copyright © 2020 by Anderson Carlos de Oliveira.

Editora Kelps

Rua 19 nº 100 — St. Marechal Rondon- CEP 74.560-460 — Goiânia — GO

Fone: (62) 3211-1616 - Fax: (62) 3211-1075

E-mail: kelps@kelps.com.br / homepage: www.kelps.com.br

Projeto ebook: Marcos Diges

digesdiagramacao.com.br

Revisão e preparação de original: Líria Rezende

CIP - Brasil - Catalogação na Fonte

Dartony Diocen T. Santos CRB-1 (1ª Região)3294

O48 Oliveira, Anderson Carlos de.

Bloqueios & vícios emocionais - como vencê-los? / Anderson Carlos de Oliveira. – Goiânia: Kelps, 2020. 174 p.: il.

ISBN: 978-65-86148-29-9

1. Inteligência emocional. 2. Bloqueios. 3. Psicologia. I. Título.

CDU: 159.95

DIREITOS RESERVADOS

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610 de 19/02/1998, artigo 29 e seus incisos. Nenhuma parte deste livro, sem autorização prévia por escrito do autor, poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados: eletrônico, mecânico, fotográfico, gravação ou quaisquer outros.

Impresso no Brasil

Printed in Brazil

2020

Sumário

Capítulo 1

O QUE SÃO BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

1.1 COMPORTAMENTO AUTOSSABOTADOR

AUTOAVALIAÇÃO

RESULTADO DO TESTE

A MOLDURA DA IMAGEM

1.2 PRINCIPAIS COMPORTAMENTOS EM VIRTUDE DA DOR

1.2.1 Rejeição

1.2.2 Abandono

1.2.3 Manipulação

1.2.4 Humilhação

1.2.5 Sentir-se trocado, excluído e injustiçado

EXERCÍCIO: CRIANDO ALINHAMENTO INTERIOR

Capítulo 2

PRINCIPAIS CAUSAS DOS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

2.1 A ORIGEM E COMO ACONTECE

FEEDBACK

Capítulo 3

BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS NO FUNCIONAMENTO DA MENTE

3.1 O INCONSCIENTE

EXERCÍCIO: UTILIZANDO SEU HERÓI/HEROÍNA PREFERIDO(A)

3.2 MENTE E CÉREBRO

3.3 ESTRUTURA DO CÉREBRO TRINO

EXERCÍCIOS SIMPLES PARA TREINAR O SARA

Capítulo 4

COMO IDENTIFICAR AS CAUSAS DOS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

4.1 NAS POSSÍVEIS DOENÇAS

4.1.1 Caráter esquizoide ou escapista

4.1.1.1 Diarreia

4.1.1.2 Arritmia

4.1.1.3 Câncer

4.1.1.4 Problemas respiratórios

4.1.1.5 Alergias

4.1.1.6 Vômitos

4.1.1.7 Ausências ou desmaios

4.1.1.8 Agorafobia

4.1.1.9 Hipoglicemia ou diabetes

4.1.1.10 Depressão

4.1.2 CARÁTER ORAL

4.1.2.1 Asma

4.1.2.2 Bronquite

4.1.2.3 Problemas no pâncreas (hipoglicemia e diabetes) e nas glândulas suprarrenais

4.1.2.4 Depressão

4.1.2.5 Enxaqueca

4.1.3 CARÁTER DO FÁLICO-NARCÍSICO OU CONTROLADOR

4.1.3.1 Agorafobia

4.1.3.2 Problemas nas articulações

4.1.3.3 Problemas no sistema digestivo

4.1.3.4 Doenças de natureza inflamatória

4.1.3.5 Herpes

4.1.4 CARÁTER MASOQUISTA

4.1.4.1 Dores na coluna

4.1.4.2 Problemas respiratórios

4.1.4.3 Problemas físicos

4.1.4.4 Fígado

4.1.4.5 Garganta, laringites e anginas

4.1.4.6 Tireoide

4.1.4.7 Hipoglicemia e diabetes

4.1.4.8 Problemas cardíacos

4.1.5 CARÁTER HISTÉRICO OU RÍGIDO

4.1.5.1 Dormências e tensões

4.1.5.2 Tendinite, bursite, artrite

4.1.5.3 Prisão de ventre e hemorroidas

4.1.5.4 Varizes

4.1.5.5 Pele ressecada

4.1.5.6 Problemas no fígado

4.2 NA APARÊNCIA FÍSICA

4.2.1 O corpo do esquizoide ou escapista

4.2.2 O corpo do oral

4.2.3 O corpo do fálico-narcísico ou controlador

4.2.4 O corpo do masoquista

4.2.5 O corpo do histérico ou rígido

4.3 POR MEIO DA LINGUAGEM

4.3.1 O esquizoide/escapista

4.3.2 O oral/dependente

4.3.3 O fálico-narcísico/controlador

4.3.4 O masoquista

4.3.5 O histérico/rígido

DESENVOLVENDO SUA AUTOESTIMA

Capítulo 5

COMO ELABORAR A DOR E SUPERAR OS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

5.1 RECONHEÇA QUAL É O SEU CARÁTER

5.2 RECONHEÇA QUAIS SÃO AS SUAS FRAGILIDADES

5.2.1 Rejeição

5.2.2 Abandono

5.2.3 Manipulação

5.2.4 Humilhação

5.2.5 Sentir-se trocado ou excluído

5.3 RECONHEÇA QUAIS SÃO OS SEUS TALENTOS

5.3.1 Caráter esquizoide ou escapista

5.3.2 Caráter oral

5.3.3 Caráter fálico-narcísico ou controlador

5.3.4 Caráter masoquista

5.3.5 Caráter histérico ou rígido

5.4 COMO ELABORAR OS COMPORTAMENTOS

EXERCÍCIO: SELF 1 E SELF 2

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

PREFÁCIO

Um livro é um grande tesouro oculto, e todos aqueles que nele remexem terminam por encontrá-lo. Nesta comparação, o tesouro representa a sabedoria contida nas páginas, conforme o propósito do autor de sempre ajudar os leitores de alguma forma. Com esse ideal, o psicanalista Anderson Carlos estreou com a publicação do seu primeiro livro, *Inteligência emocional*, e agora vem a lume com **BLOQUEIOS & VÍCIOS EMOCIONAIS: COMO VENCÊ-LOS**.

Aplicando a comparação do tesouro ao presente caso, é preciso começar pela apreensão deste tema, bastante sugestivo. Como coach sistêmico e psicanalista clínico, o autor se debruça sobre o tema proposto e consegue desenvolvê-lo com sucesso, conduzindo o leitor ao fim desejado, que é oferecer meios de cura dos bloqueios e vícios emocionais apontados, os quais têm origem na gestação, causando sérias dores emocionais durante toda a existência. As emoções são gravemente afetadas e, por sua vez, também afetam a fala, as ações e as relações interpessoais, dificultando a comunicação. Além disso, esses transtornos são somatizados. Ninguém está imune aos bloqueios e vícios emocionais. Todas as pessoas são por eles atingidas, mostrando-se como ocorrência universal.

Esta obra chama a atenção para o ponto de partida: o autoconhecimento, isto é, o indivíduo tomando conhecimento de si mesmo. As pessoas precisam ter consciência de seus defeitos e virtudes. É indispensável conhecerem o que marcou a sua origem, infância; e o seu perfil, que inclui traços da personalidade, caráter, o modo de ser, de falar, ações, reações. Há o incentivo ao leitor para buscar o autoconhecimento, início indispensável à conscientização e superação dos bloqueios e vícios emocionais. Essa análise de si mesmo tem importância no processo de cura das dores emocionais, causadoras de sofrimento, porque a pessoa aprende que a vida pode ser vivida com melhor qualidade.

Logo no início, o leitor encontra uma lista dos principais vícios emocionais que são discutidos no decorrer do livro. Na sequência, o autor leciona sobre os elementos fundamentais que geram os bloqueios e vícios emocionais e a relação deles com a mente. Como o que está guardado no inconsciente, segundo o autor, reflete no corpo, surgem doenças indicadoras de transtornos emocionais, como problemas respiratórios, alergias, engasgos etc. Até a aparência física é estudada na relação com algum tipo de dor emocional. A abordagem desses pontos mostra-se bastante interessante. A parte final volta a referir pontos já estudados, mas, agora, a abordagem vai mostrar como superar os bloqueios e vícios emocionais.

O leitor é conduzido à época da vida uterina, de onde começa o caminho de volta passando pela infância e adolescência até retornar à vida adulta, a fim de se conscientizar sobre a origem dos bloqueios e vícios emocionais vivenciados no presente. O resultado principal dessa viagem psicanalítica é ajudá-lo a saber que essas dores emocionais podem ser vencidas por meio de vivências afetivas que trarão uma qualidade melhor de vida. Esta é a proposta plenamente factível do autor.

Recomenda-se este livro a estudantes de Psicologia, pastores, advogados e pessoas interessadas no comportamento humano bem como às equipes multidisciplinares atuantes em órgãos públicos como fóruns, creches e hospitais, além dos centros de Referência de Assistência Social (Cras) e Especializado de Assistência Social (Creas).

José de F. Lima

Janeiro de 2020

APRESENTAÇÃO

Minha amizade com o Anderson Carlos teve início em 1986, quando na sua adolescência ingressou no mercado de trabalho para ajudar na provisão do lar, em um pequeno comércio que tínhamos no conjunto Riviera, em Goiânia.

Na época, embora muito jovem e ostentando ares de ingenuidade, ele já revelava seus sonhos e determinação, transformando situações adversas e ocorrências do dia a dia em aprendizado e oportunidade de crescimento.

Nessas quase quatro décadas de construção da nossa amizade, fui testemunha ocular das suas intensas lutas e jornada de sucesso. Tenho razões de sobra para sentir orgulho ao contemplar suas realizações e prosperidade, com atuações bem-sucedidas em diversas frentes: **gestor de negócios, psicoterapeuta, palestrante, escritor e ministro evangélico.**

Apresentar esta obra é uma honra para mim! Creio que a leitura de BLOQUEIOS & VÍCIOS EMOCIONAIS será benção para muitos e, certamente, os ajudará a se libertarem de emoções nocivas que estejam comprometendo suas realizações e qualidade de vida.

Louvo a Deus pela vida do escritor, e meu amigo, Anderson Carlos e desejo que esta obra seja um instrumento de Deus para trazer resposta a muitos. BOA LEITURA!

Getúlio F. Reis

INTRODUÇÃO

Para vencer os bloqueios e vícios emocionais é preciso autoconhecimento, que segundo a Psicologia significa o conhecimento que um indivíduo tem sobre si mesmo. A prática de se conhecer melhor leva a pessoa a ter gestão sobre as emoções, independentemente de serem positivas ou não. O autoconhecimento é a investigação de si mesmo e envolve o uso da autoconsciência bem como o desenvolvimento da autoimagem – ambas frutos de uma introspecção corajosa e sincera.

Os filósofos gregos já consideravam a relevância da autorreflexão para a obtenção de uma vida plena. A célebre frase “conhece-te a ti mesmo”, difundida por Sócrates, revela a importância desse autoconhecimento. Por sua vez, a alegoria da caverna, de Platão, permite avaliar que, quando presa em uma realidade que considera única e absoluta, a pessoa é levada de forma inevitável a não abrir espaço para novos conhecimentos e oportunidades. Segundo Juan-David Nasio (2007), trata-se de uma fantasia cuja função é substituir uma satisfação real, dada a impossibilidade de ser realizada por conta desse absolutismo psíquico. Contudo, quando o indivíduo consegue sair da “caverna”, o horizonte se amplia e ele passa a compreender melhor esse real outrora negligenciado.

O gerenciamento emocional ocasionado pelo autoconhecimento vai mudar o indivíduo e evitar sentimentos de baixa autoestima, inquietude, frustração, ansiedade e instabilidade emocional, atuando como exercício de bem-estar e possibilitando resoluções produtivas e conscientes acerca de seus variados problemas.

Esse gerenciamento é importante para que o indivíduo se torne senhor das próprias escolhas e, de forma consciente, seja líder de si mesmo. Aquele que se conhece sabe aonde quer chegar, para onde quer ir e o que fazer a fim de alcançar sua realização pessoal, profissional, amorosa e familiar.

Sabe-se intuitivamente que, ao se minar com raivas, mágoas, tristezas, culpas e traumas, o indivíduo certamente manifestará isso em um nível físico. Quando se é tomado por acessos de raiva, há manifestações de tensão no estômago, as veias se dilatam, a pressão arterial se altera. Toda emoção é uma resposta física diante de um desafio – portanto, mantendo esses estados constantemente e de forma prolongada, haverá a somatização, ou seja, a manifestação dessa carga negativa no corpo, podendo até se tornar uma real enfermidade.

Alguns especialistas, como o Dr. Eric Robins, médico norte-americano e conceituado aplicador de EFT (técnica capaz de eliminar bloqueios e dificuldades emocionais em minutos), afirmam que 85% das doenças têm origem emocional. É cada vez mais comum na medicina tradicional o princípio de que um corpo saudável é reflexo de uma mente sadia.

É por meio desse autoconhecimento que se pretende apresentar, nas páginas a seguir, como a vida pode ser mais leve, equilibrada, realizada, ressignificando as dores emocionais que causaram sofrimentos e consequentemente comportamentos, vícios e bloqueios das emoções frente às experiências vividas na infância.

1

O QUE SÃO BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

As maiores almas são tanto capazes dos maiores
vícios como das maiores virtudes.

RENÉ DESCARTES

As paixões, quando mandam em nós, são vícios.

BLAISE PASCAL

Os bloqueios e vícios emocionais são os resultados ligados diretamente às experiências dolorosas da infância que, de forma impulsiva, induzem as pessoas a agir e reagir de determinada maneira, mesmo à revelia. São, assim, tudo aquilo que se comunica, pensa, sente e se comporta de modo destrutivo, por vezes com um prazer inconsciente ao realizar tais ações, gerando toxinas que ao longo do tempo as destroem – e, apesar desses efeitos, buscam constantemente senti-los de forma compulsiva e repetitiva.

Segundo Marcelo Assis (2008), todos apresentam algum tipo de vício em no mínimo uma emoção. Esse vício é o principal responsável pelos problemas vivenciados no curso da vida. Os problemas não são culpa de parentes, amigos, colegas de trabalho etc. tampouco a infelicidade culpa do mundo e das situações da vida cotidiana. Na realidade, as pessoas são usadas para saciar os tais vícios bem como tudo o que acontece no dia a dia do indivíduo. Isto é, aquele que possui determinado vício emocional vai procurar pessoa ou situação que o alimente. Daí a importância de cada um reconhecer em quais emoções está viciado, pois não há como se livrar dos vícios sem que haja consciência deles.

O autor explica que as células possuem receptores para as moléculas correspondentes a cada emoção, e tais moléculas percorrem todo o organismo fazendo o mesmo caminho que as drogas. Como consequência, as emoções podem ser viciantes tanto quanto qualquer outro tipo de vício. Esses vícios emocionais podem transformar os indivíduos em verdadeiros zumbis, tirando a liberdade de pensar, agir e sentir, levando-os a comportamentos repetitivos. Enquanto viciados, toda a capacidade de escolha será regida por essa dependência que controlam e escolhem, obrigando-os a manter um padrão de comportamento. Somente quando reconhecer em quais as emoções está viciada é que a pessoa tem a possibilidade de parar de alimentar o vício, que, assim, vai perdendo a força, até desaparecer por completo, ajudando-a a ter o real controle sobre suas próprias decisões e vida. Vale ressaltar que nenhum processo ocorre em um estalar de dedos, é preciso manter o novo padrão até que realmente vire um hábito.

Já o PhD Paulo Vieira (2015) afirma que as moléculas de emoção (MDEs) são uma combinação de compostos químicos específicos, neuropeptídios ou cadeias de aminoácidos proteicos fabricados no hipotálamo. Produzidas pelo comportamento, levam o indivíduo a repeti-lo compulsivamente em busca da sensação outrora liberada no organismo pelos tais compostos químicos. Ele elenca ainda os principais vícios emocionais, a saber: vitimização; rigidez; problemas; estresse; controle; ajudar os outros; atividade constante/não se permitir parar; agressividade; doença; procrastinação; perfeccionismo; desconfiança; negativismo; ser pobre ou ter dificuldade financeira; eternos recomeços; ser maltratado; ser lesado ou passado para trás; medos; necessidade de agradar aos outros; trabalhar e produzir compulsivamente; gastar dinheiro; sexo compulsivo ou falta, além de mentiras. Esses são os vícios e as dependências químicas que mais bloqueiam e sabotam a vida e que precisam ser eliminados.

A base clínica para essa hipótese, que desde o princípio levantou as mais profundas dúvidas, era o fato peculiar e verdadeiramente enigmático de que certos pacientes pareciam não querer desistir de seu sofrimento e procuravam repetidamente situações desagradáveis. Isso contradizia o princípio do prazer. Assim, tinha-se de admitir que havia uma intenção interna, dissimulada, de manter o sofrimento ou de reexperimentá-lo (REICH, 1998, p. 221).

É óbvio que todo esse processo mencionado por Wilhelm Reich (1998) ocorria no inconsciente dos pacientes, ou seja, eles não tinham consciência do vício compulsivo que os obrigava a permanecer no mesmo padrão de comportamento. Esse processo de satisfação e prazer em manter um comportamento destrutivo em sua grande maioria ocorre regido pelo inconsciente. Segundo Joseph Murphy (1963), o inconsciente opera em 90% da mente humana.

Com base nessa informação, Joseph LeDoux (2011) apresenta a metáfora de um computador na expectativa de elucidar tal funcionamento. O inconsciente seria o disco rígido, que contém todas as memórias, hábitos, crenças, características e autoimagem, responsável por controlar as funções autônomas e executoras de tarefas corporais. Por conta disso, as decisões de mudança entram em conflito com as crenças existentes e já predefinidas no inconsciente do indivíduo. O consciente então poderia aqui ser comparado a um processador de palavras e tomador de decisões que precisa das informações das memórias estabelecidas. E por fim, o corpo é o *hardware*, estruturado para responder e que, a cada segundo, reage automaticamente à programação estabelecida no inconsciente.

Para Carl Jung (2008), todo ser humano – independentemente de qual seja a origem, escolaridade, cultura, nacionalidade, inteligência, idade ou genética – dispõe de vícios trazidos desde a infância, os quais, por conta das dores e da tentativa de se defender delas, conduzem à manutenção de um comportamento (comunicação ou estilo linguístico não verbal) específico que, por sua vez, produz a química do vício emocional, em um padrão cíclico e contínuo.

De acordo com Luiz Fernando Garcia (2013), é importante ressaltar que a dor emocional é a principal responsável por nutrir e manter os vícios bem como os comportamentos destrutivos, embora de forma paradoxal.

Segundo Eckhart Tolle (2010), todo vício, emocional ou não, é fruto de uma recusa inconsciente de encarar a dor, reprimindo nossos próprios sofrimentos. Todos os comportamentos – nocivos, prejudiciais ou até impensados – têm sempre um objetivo positivo originalmente. Reclamar

para ser reconhecido, agredir para se defender, esconder-se para se sentir seguro. Em vez de condenar ou simplesmente tolerar tais ações, podemos separá-las e auxiliar aquela pessoa com o intuito de acrescentar novas opções, mais atualizadas e positivas, a fim de satisfazer a mesma intenção.

É importante deixar claro que todo comportamento aqui citado representa na mente do indivíduo a possibilidade de estar significando, para ele, uma maneira de se defender na vida diante de difíceis situações novas, embora aprendidas desde a infância. Assim, essa atitude se manifesta como se fosse uma motivação da busca pelo bem-estar, e não com a pretensão de causar a si próprio algum mal de forma consciente.

1.1 COMPORTAMENTO AUTOSSABOTADOR

As pessoas não querem ser autossabotadoras, mas ainda que de forma inconsciente elas obtêm certo prazer na autossabotagem, acabando por fazer papel de vítimas das circunstâncias – o que parece ser estranhamente confortável. Por isso, o desenvolvimento do autoconhecimento nos permite tomar consciência e perceber que não estamos satisfeitos com a repetição dos mesmos padrões viciosos, destrutivos, os quais muitas vezes dizemos não querer repetir, mas que acabam se tornando tão automatizados e prejudicam todas as áreas da vida.

AUTOAVALIAÇÃO

Faça agora uma autoavaliação e responda para si próprio:

SIM ou NÃO.

1 - Você inventa desculpas constantes para não fazer determinada coisa, sobre a qual anda falando há anos?

SIM () | NÃO ()

2 - Você mantém pelo menos dois ou três objetivos/sonhos que nunca concretiza?

SIM () | NÃO ()

3 - Se analisar atentamente o seu discurso/narrativa, percebe que recorre frequentemente à desculpa da falta de tempo?

SIM () | NÃO ()

4 - Todos os anos, por exemplo nas resoluções de ano-novo, promete algo a si próprio, com motivação e convicção, acreditando que dessa vez vai mesmo prosseguir, mas o tempo passa e nunca cumpre?

SIM () | NÃO ()

5 - Culpa o trabalho, os filhos, os pais, os *hobbies* ou outras áreas da sua vida por não conseguir realizar o que realmente quer?

SIM () | NÃO ()

6 - Você sente frequentemente um arrependimento profundo por tudo o que não fez e por todas as oportunidades que não agarrou?

SIM () | NÃO ()

7 - Recorre frequentemente a narrativas negativistas, como “agora já não dá”, “já não tenho idade para isso”, “agora é quase impossível”, “já não vale a pena tentar”, “já não sou capaz” etc.?

SIM () | NÃO ()

RESULTADO DO TESTE

Se você respondeu SIM a mais de quatro questões, você é um autossabotador crônico.

Se você respondeu SIM a quatro ou menos, então você pode estar no caminho de se tornar um autossabotador.

Se você respondeu SIM apenas a uma (ou a nenhuma), então você não é um autossabotador (mas analise bem a pergunta a qual respondeu SIM, se for o caso, e reflita sobre ela).

A MOLDURA DA IMAGEM¹

¹ Adaptação de PNL – *Programação Neurolinguística: a nova tecnologia do sucesso*, de Steve Andreas e Charles Faulkner (1995).

1. Pense em uma situação problemática: pense em outra experiência um tanto problemática ou uma dificuldade cotidiana. Quanto mais usar situações

e sensações que se repitam com frequência, mais rapidamente as mudanças provocadas pela programação neurolinguística (PNL) começarão a se irradiar por todos os aspectos da vida. Se as suas sensações negativas do primeiro exercício ainda não diminuíram totalmente ou não mudaram tanto quanto você gostaria, use a mesma situação aqui.

2. Veja-se em uma fotografia: relembre rapidamente esse incidente como se fosse um filme, mas dessa vez escolha um momento, como uma cena isolada, que para você melhor simbolize a experiência global. Ao ver o filme, observe se está vendo a si mesmo, aquele você mais jovem, como se fosse uma fotografia sua durante o acontecimento. Caso não esteja, comece, no seu olho mental, a se afastar ampliando a cena cada vez mais, até se ver mais jovem, vestido como estava à época – veja como se fosse um espectador.

3. Acrescente uma moldura à imagem: guardando essa imagem na mente, considere que tipo de moldura gostaria de colocar a sua volta. Você quer uma moldura quadrada, redonda ou quem sabe oval? Uma moldura moderna de aço ou dourada, em estilo antigo cheio de arabescos e entalhes? Quando tiver escolhido uma moldura, acrescente uma iluminação de museu.

4. Faça dessa imagem uma pintura ou fotografia: como você poderia transformar essa imagem em algo mais artístico? Você talvez queira vê-la como uma fotografia de Ansel Adams ou no estilo de um pintor famoso, como Renoir ou Van Gogh. Agora pegue o seu momento emoldurado e coloque-o entre outros quadros da sua galeria mental particular. Algumas pessoas querem saber logo quanto tempo essas mudanças vão durar. Confira isso agora. Confira daqui a uma hora. Anote na sua agenda ou calendário para fazer o mesmo na semana ou no mês que vem. Verá que o seu pensamento continua modificado, porque você usou a maneira como a mente codifica as informações para fazer a mudança. E você pode decidir mudar ainda mais, na hora que quiser. Observe que você não forçou a mudança. Você não repetiu durante semanas uma afirmativa. Você não tentou usar a força de vontade. Ao contrário, você usou o seu cérebro da maneira como ele foi projetado para ser utilizado. Você está começando a aprender alguns

códigos mentais da PNL, os blocos de construção de pensamentos, sensações, ações e crenças. Foi só um desapontamento ínfimo que você mudou, mas, há alguns minutos, você talvez tivesse pensado naquele incidente e se sentido muito mal. Agora ele mudou para sempre. No futuro, cada vez que pensar nele, você vai se sentir natural e automaticamente mais feliz.

5. Verifique os resultados: pare um momento para limpar a mente... Respire. Agora, pense naquele incidente que lhe perturbou. Suas sensações provavelmente mudaram. Senão, repita o exercício usando moldura diferente e outro estilo de pintura ou fotografia até descobrir uma que modifique suas sensações satisfatoriamente. Você pode ter escolhido uma cena a qual está associado – dissocie-se, saia de você mesmo e veja-se nela. Você pode ter optado por uma cena em que já se vê muito à distância – nesse caso, escolha outra cena igualmente significativa do mesmo filme, mas na qual você aparece mais claramente.

1.2 PRINCIPAIS COMPORTAMENTOS EM VIRTUDE DA DOR

Todo comportamento adotado pela pessoa diante da dor tem o objetivo de proteção, levando-a a desenvolver um caráter que funcionaria como uma armadura. Por exemplo, se uma pessoa que sofreu a ferida de ter sido trocada ou injustiçada percebe uma injustiça cometida, tem medo de ser injustiçada ou se achar injusta, conseqüentemente desenvolverá um caráter de rígida, adotando o comportamento rigoroso e inflexível. Essas dores são as principais causas de comportamentos que expressam os bloqueios e vícios emocionais. Vejamos então as principais dores e seus comportamentos, de acordo com Lise Bourbeau (2017).

1.2.1 Rejeição

Aquele que sente essa dor interna tende a se comportar com desprendimento em relação ao material, é mais voltado ao intelectual. No entanto, não acredita em seu direito de existir, passando assim da fase de

grande amor ao ódio profundo. De acordo com Bourbeau (2017), apresenta dificuldades sexuais, julga-se sem valor, procurando e preferindo a solidão. É apagado, com extrema capacidade de se tornar invisível e habilidade para descobrir diferentes meios de fuga. Devaneia com facilidade, julga-se incompreendido.

Exemplo de quem sofre com essa ferida, sentindo-se rejeitado em seu ser e em seu direito de existir, é o caso da criança que não é do sexo desejado e esperado pelos pais. A primeira reação da pessoa que se sente rejeitada é fugir, do mundo e de todos, nem que seja para dentro de um universo imaginário, parecendo totalmente desligada, como se estivesse em outro lugar. Às vezes, a criança é confundida e vista como bem-comportada e quieta, pois não cria problema nem faz barulho. Ela se diverte sozinha em seu mundo imaginário, buscando passar despercebida deste mundo real, com medo de ser rejeitada novamente, ainda conforme a autora. Por conta disso, vive um conflito interno entre desejar ser percebida e, ao mesmo tempo, não acreditar no direito de existir, o que faz com que ela própria se rejeite.

“Don Juan” abandona a sua postura anterior de uma aparência de homem forte e potente, com olhar brilhante e conquistador, jeito insinuante e uma certa arrogância, e a substitui pela posição postural de um pobre menino frágil e assustado. Aliás, esta cena final está encadeada e confirma a cena inicial na qual aparece esse personagem sendo socorrido por causa de seu intento suicida, que foi motivado pela sua profunda decepção por ele ter sido rejeitado por uma mulher por quem nutria uma “profunda paixão e desejo sexual”, enquanto que ela nem sabia da existência dele (ZIMERMAN, 1999, p. 405).

Zimerman (1999) recorre ao personagem literário Don Juan, que vivia só pela conquista e nunca se vinculava a alguém, estabelecendo novamente um conflito interno. Na avaliação do autor, assim acontece com quem sofre a dor da rejeição – o desprendimento correspondente ao que é material pode criar dificuldades na vida sexual, relacionando sexualidade às coisas materiais e acreditando que ambos interferem na espiritualidade, uma vez que a pessoa pode temer ser rejeitada também por Deus.

Tudo isso junto produz um sentimento de ataxia interna, acompanhado com frequência por uma dolorosa vergonha devido à aparência externa. A inibição da capacidade de demonstrar ou exigir amor abertamente ocasiona manifestações distorcidas e torna uma pessoa, segundo nosso paciente, “burocrática”, isto é, artificial e afetada. Por trás disso está o medo, sempre presente, de ser desapontado ou rejeitado (REICH, 1998, p. 240).

Para Zimmerman (1999), uma criança que tenha vivenciado a dor da rejeição pode se sentir sufocada pelos pais ao ser superprotegida com falas do tipo “você é muito pequena para isso, muito pequena para aquilo”. A criança tende a acreditar nisso de tal forma que, para ela, ser amada retorna ao sentimento de “ser sufocada”. Mais tarde, na vida adulta, isso se refletirá na reação de rejeitar ou fugir quando alguém quiser amá-la, pois terá medo não de ser amada, mas dessa sufocação.

O emprego do “duplo vínculo” é bastante comum por parte das mães que se sentem ameaçadas com a aproximação afetiva do filho e, como uma forma de controlar a distância afetiva, rejeitam-no, porém, ao perceberem e sentirem que a recusa foi um ato agressivo, que pode ameaçar uma separação, buscam uma nova reaproximação simbiotizadora, num círculo vicioso ambíguo e interminável (ZIMMERMAN, 1999, p. 110).

Essa ambiguidade gera na criança a dor da rejeição e sufocamento, fazendo-a buscar por todos os meios, e a qualquer custo, ser perfeita, a fim de se ver reconhecida e valorizada pelos outros e, conseqüentemente, também aos olhos dos seus, pois se julga sem valor e inútil. Ela fala coisas como:

- Ele me disse que eu era insignificante;
- Tudo diz respeito a tarefas domésticas, a minha mãe é uma inútil;
- Minha mãe sempre disse que meu pai é um zero à esquerda, e o meu marido é a mesma coisa comigo;
- Sei que os outros são bem mais interessantes e eu não valho nada;
- Tudo que eu faço nunca dá em nada, estou sempre tendo que recomeçar;
- Não importa o que fazem, isso não me afeta.

1.2.2 Abandono

Quem passa por essa dor se sente vítima, é exclusivista, necessita da presença do outro, de atenção, apoio e, principalmente, amparo. Apresenta dificuldades de fazer ou decidir alguma coisa sozinho, precisa sempre que alguém o ajude – e apesar de pedir conselhos constantes, não significa que necessariamente vai segui-los. Tem voz de criança, sente dificuldade de

receber um não (de aceitar uma recusa). Chora com facilidade, desperta compaixão, gosta muito de contato físico e de sexo, é racional, busca independência apesar de querer sempre o outro ao seu lado.

É importante fazer aqui uma explicação, pois a maioria das pessoas confunde rejeição com abandono. Abandonar é afastar-se em prol de outra coisa ou pessoa. Já rejeitar é rechaçar o outro, não querer tê-lo ao lado ou em sua vida. Conforme Bourbeau (2017), quem rejeita costuma usar o termo “eu não quero” ao passo que quem abandona diz “eu não posso”.

Aqueles que sofrem com a dor do abandono não se sentem alimentados no quesito emocional e afetivo, que se condensa, como diz M. Klein (apud ZIMERMAN, 1999), na falta do alimento representado pelo seio materno, qualificando-o como seio bom (quando supre as necessidades básicas de alimento e afetiva) e seio mau (quando não supre tais demandas), ligando o alimento ao afeto.

Daí a pessoa sente que precisa conseguir ou atrair a atenção do outro, com o intuito de garantir que sempre poderá contar com o seu apoio. Isto é, ela precisa se assegurar de que, se der um passo em falso, terá sempre alguém para ajudá-la a se recuperar. Em muitos casos, ela faz testes com o outro, para confirmar que independentemente do que ela faça este não vai abandoná-la. “O medo infantil parecia ser o motivo essencial para sua defesa. Um sonho que o paciente teve, por volta do final do quinto mês da análise, revelou a camada mais profunda desse medo: o medo de ser abandonado pela mãe” (REICH, 1998, p. 80).

Quem sofre dessa dor do abandono tende a dramatizar muito – independentemente do grau de importância, o incidente ganha proporções gigantescas, como aponta Bourbeau (2017). Exemplo: se o cônjuge deixar de ligar para avisar que vai chegar mais tarde ou que já está chegando, imediatamente a pessoa pensa no pior e não concebe por que ele a deixa sem notícias, fazendo-a sofrer tanto.

Segundo Reich (1998), esse indivíduo forja a existência de dificuldades de todo tipo ao longo da vida, principalmente com problemas de saúde, com o objetivo de chamar atenção para si. Com isso, aquele que sofre com o

abandono assegura que suas necessidades serão supridas, uma vez que, conforme ele julga, nunca tem o suficiente. “Essa exigência de amor se baseia num medo de ser abandonado, experimentado intensamente bem no começo da vida. [...] ‘Veja como estou infeliz, só e abandonado’” (REICH, 1998, p. 234).

Vale ressaltar que todos os comportamentos, de qualquer ferida emocional que seja, operam no campo do inconsciente, portanto de nada adiantaria apenas dizer à pessoa o quanto isso é prejudicial. Assim, no caso de quem vive um papel de vítima, arrumando para si vários problemas, por mais incrível que pareça não se trata de um empecilho, mas de uma dádiva, pois ser abandonado dói mais do que enfrentar inúmeros problemas que ele próprio criou. Ainda de acordo com Reich (1998), o que não está na consciência dessa pessoa é que, quanto mais age como vítima – embora esteja promovendo um pequeno e tímido alívio da dor –, mais agrava a ferida do abandono, bloqueando e impedindo seus projetos e realizações, bem como tornando isso um vício emocional que promoverá a repetição desse comportamento de vítima.

1.2.3 Manipulação

Essa dor ocorre quando a confiança que se tem é destruída, podendo a pessoa ser vítima de uma situação na qual confiava em alguém que agiu de forma traiçoeira. Segundo Bourbeau (2017), esse indivíduo se julga responsável e forte para suportar as coisas, procurando ser especial e importante, mas ainda assim pode falhar em cumprir compromissos ou promessas. Mente com facilidade, é manipulador, apresenta humor instável, demonstra estar convicto de ter razão, tentando convencer o outro. É impaciente, intolerante e muito cético, compreende e age rapidamente. É também eficiente, a fim de ser notado, engraçado, fechado e não mostra a sua vulnerabilidade. Sente medo de ser usado e/ou de usar o outro, embora o faça mesmo assim, de modo inconsciente.

Ainda de acordo com Bourbeau (2017), a criança se convence de que é tão boazinha, perfeita e adorável que os pais não precisam se preocupar com

ela de maneira especial. Embora isso seja uma forma de manipulação, ela acredita estar sendo independente. Quanto mais tenta controlar os pais com essa atitude, mais expectativas ela cria e, quando tais expectativas não se realizam, vive a dor da manipulação e se sente usada. Torna-se, então, cada vez mais controladora, veste uma couraça de força, julgando assim que não sofrerá nem será usada e manipulada novamente. É o lado controlador que incentiva o dependente a querer ser independente.

Mãe-ansiosa que, embora amorosa, não tem boa capacidade de *rêverie* e por essa razão ela manipula exageradamente o filho, de modo a devolver a esse as mesmas ansiedades que ele projetou, acrescidas das que são próprias dela (ZIMERMAN, 2007, p. 109).

A capacidade de *rêverie* (capacidade de ser continente) fornece uma base segura para acolhimento da criança. Quando falha nesse quesito, a mãe se torna manipuladora, fazendo a criança se sentir traída e manipulada.

Segundo Bourbeau (2017), quando se tem esse perfil (dor e medo de ser manipulado), sempre que a pessoa olha para outra, usará da habilidade e dom de fazê-la sentir-se especial e importante – assim como seus pais fizeram com ela quando criança, provocando no outro o sentimento de ser especial e precisar muito dela. Não compreende que estava sendo manipulada, tornando-se também manipuladora, conforme a sua própria dor. O controlador também usa essa manipulação para atrair ou manter o outro a distância ou até para intimidá-lo. Dessa forma, protege-se, escondendo a sua fraqueza, vulnerabilidade e impotência.

Esse tipo é muito desconfiado, portanto rápido em rotular os outros como hipócritas – no entanto, é igualmente hipócrita com o seu comportamento manipulador (o que Freud chama de “projeção”). Um exemplo é que essa pessoa tem verdadeira aversão a quem mente para ela, enquanto mente frequentemente para todos. A diferença é que, quando o faz, acredita que as próprias mentiras são inofensivas ou necessárias e têm um propósito positivo.

1.2.4 Humilhação

Esse indivíduo sente vergonha de si e dos outros ou medo de causar vergonha. Não gosta de ir muito depressa, conhece as próprias necessidades, mas não as escuta. Carrega muito peso nas costas. Controla-se para evitar a vergonha. Julga-se sujo, sem coração, porco ou menor do que os outros. Dá sempre um jeito de não ser livre, pois “ser livre” significa “ilimitado”. Se não tiver limites, tem medo de se exceder. É muito maternal e hipersensível. Castiga-se julgando castigar o outro. Quer ser digno, mas tem vergonha no âmbito sexual, ao escutar suas necessidades sexuais.

Existe uma vinculação direta e íntima entre a inveja experimentada para a pessoa representativa da mãe original e o desenvolvimento do ciúme. Essa conceituação independe do vértice teórico, quer este parta da inveja primária dirigida ao seio nutridor da mãe ou do conceito de inveja secundária, como uma reação e como um mecanismo defensivo contra as frustrações e humilhações provindas do meio ambiente (ZIMERMAN, 2007, p. 146).

O indivíduo que padece dessa ferida é propenso a sentir inveja dos que têm mais e que, de acordo com sua percepção, não são merecedores, podendo, ainda, acreditar que é alvo de inveja daqueles que o cercam – isso faz com que se torne, a todo momento, invejoso. Zimerman (2007) pontua que o sentimento de inveja pode ser compreendido com base em três perspectivas de concepção: a instintivista, a frustracionista e a narcisística.

Em Bourbeau (2017), essa ferida está ligada diretamente ao mundo físico, voltado ao ter ou fazer. Antes de mais nada, é necessário apresentar a diferença entre vergonha e culpa. O sentimento de culpa aparece quando a pessoa julga ter errado em algo que fez ou deixou de fazer. Já o sentimento de vergonha ocorre quando o indivíduo se considera incorreto em relação ao que acabou de fazer, isto é: quando não sente orgulho de si mesmo, sente vergonha. Alguém pode até se sentir culpado sem necessariamente haver vergonha, porém não se pode ter vergonha sem junto se sentir culpado.

Outro tipo de comportamento desse indivíduo é se mostrar firme para não ser controlado por aqueles que o humilham. Ele tem o dom de se colocar em situações e posições de cuidador do outro, esquecendo de si mesmo. Impõe sobre si uma carga excessiva, como se dissesse: “quanto mais coisas ou cargas carregar nas costas, menos dor a dor da humilhação sentirá”.

Como avalia Bourbeau (2017), toda vez que o masoquista busca fazer tudo por todos, na verdade deseja criar restrições e obrigações para si próprio. Ele acredita que dedicar tempo para ajudar os demais é algo que aplacará seu sentimento de vergonha, afinal está servindo o outro. No entanto, por vezes, sente humilhação ao perceber que se aproveitam dele e raramente se sente reconhecido pelo que faz. O que não compreende é que, ao fazer tudo para todos, na maioria das vezes os degrada e humilha, fazendo-os sentir que são impotentes e que, sem sua ajuda, não serão bem-sucedidos.

Somente após conseguir reconhecer e expressar esse velho e surdo ódio, com fantasias de ímpetos homicidas contra quem tanto a humilhou e infantilizou, é que poderá vir a modificar o vínculo interno e externo com os seus pais e, assim, resgatar os aspectos verdadeiramente bons deles (ZIMERMAN, 2007, p. 182).

Essa pessoa parece controlar-se, mas tal controle é motivado pelo medo de sentir vergonha daqueles que são próximos ou de si mesmo. Uma mãe masoquista, por exemplo, tende a controlar os filhos e cônjuge nos quesitos vestuário, aparência e asseio – entenda, uma coisa é ensinar ou aconselhar, outra é controlar. E quando não consegue, mesmo que de modo inconsciente, ela sente uma vergonha extrema de si mesma como mãe. Mães que se privam do essencial, de seus desejos, em favor de filhos, cônjuges e outros em geral chegam ao ponto de perder contato com os próprios desejos. Sobretudo quando algum dos entes queridos se mostra infeliz, ela sente vergonha e se julga culpada ou responsável por tal infelicidade, ainda conforme Bourbeau (2017).

1.2.5 Sentir-se trocado, excluído e injustiçado

Segundo Bourbeau (2017), para se defender da possibilidade de sofrer a dor da injustiça, o indivíduo se torna um perfeccionista – afinal, se o que diz ou faz é perfeito, logo é justo, e assim ele não será excluído ou trocado por outro.

Criador da Psicanálise e da teoria do Complexo de Édipo, Sigmund Freud aponta que nenhuma criança escapa e todos vivenciam esse complexo,

pois faz parte da formação do indivíduo. Dependendo da frustração vivenciada, pode se tornar uma dor, caso não seja dissolvida adequadamente em diferentes graus da formação infantil. A criança se sente traída sempre que os genitores não cumprem uma promessa ou quebram sua confiança, gerando a dor interna no pequeno ser. E para se proteger das feridas, ela desenvolve um perfil rígido, como aponta Zimerman neste relato (2007):

As interpretações que o psicanalista fazia em relação a tais investidas de sedução sexual giravam em torno de que “ela necessitava preencher vazios existenciais que se formaram na infância, devido às falhas dos objetos parentais”, ou a de que ela “o idealizava como um “príncipe encantado” e por isso tentava gratificar a sua antiga fantasia de possuir o “papai maravilhoso”, todinho, só para ela”, ou ainda a de que “por baixo de sua atitude amorosa, escondia-se uma intensa carga agressiva, com o propósito de denegrir a imagem, o conceito e o seu lugar de psicanalista, como forma de ela vingar-se da figura do pai-traidor” (ZIMERMAN, 2007, p. 354).

Também para Bourbeau (2017), tem-se então uma criança que, por medo de ser trocada, excluída ou não receber atenção suficiente, decide seduzir seu genitor do sexo oposto a fim de chamar atenção e, sobretudo, sentir-se apoiada.

Se esse traço constitui uma melhora na capacidade de trabalho de um indivíduo, ao estar combinado com o perfeccionismo, por outro lado, ele acarreta também uma limitação extrema da capacidade de trabalho, pois, ao mesmo tempo, não permite nenhuma espontaneidade na reação desse indivíduo. Vantajoso para um funcionário público, tal traço provará ser prejudicial ao trabalho produtivo e à prática de novas ideias (REICH, 1998, p. 202).

Tal indivíduo, na descrição de Bourbeau (2017), se isola do sentimento, na tentativa de não sofrer, cruza muito os braços, busca ser eficaz para ser perfeito, otimista em excesso, ativo, dinâmico, justifica-se o tempo todo, tem dificuldade de pedir ajuda, pode rir sem motivo para esconder sua sensibilidade, não admite ter problemas (algo perceptível pelo tom de voz, que fica seco e severo), tem muitas dúvidas de suas escolhas assim como sente que pode ser trocado ou excluído a qualquer momento. Vive então se comparando com o melhor e o pior constantemente, na tentativa de ser perfeito. Apresenta dificuldade de receber ou obter menos, pois acha injusto (mas considera pior ainda se receber mais do que os outros), não consegue sentir prazer porque este sempre vem acompanhado pelo sentimento de culpa, não reconhece nem respeita seus limites, exigindo sempre muito de si.

Esse “sujeito esforça-se ao máximo para atingir um perfeccionismo, porém nada adianta; não vem a recompensa imaginada e com facilidade ele fica aprisionado em um estado de decepção e depressão” (ZIMERMAN, 1999, p. 205).

Ainda em Bourbeau (2017), a pessoa controla-se de forma que aparenta uma ordem. Raramente adoece, é severa consigo, sendo muito comum nas minhas palestras ou *workshops* ela perguntar: “será que fiz o exercício de maneira correta?” – e durante todo o exercício, se interessa mais em saber se o fez direito, em vez de observar o que sente ou aprende. Se alguém pergunta a essa pessoa “como você está?”, responderá de forma rápida e sistemática: “superbem!” É um indivíduo impulsivo, frio emocionalmente, relutando em demonstrar afeto. Gosta muito de parecer *sexy*, e uma grande preocupação que tem é modelar o corpo.

Se ouvir sobre um comportamento que, para ele, parece ser errado, interrompe quem estiver falando antes mesmo de terminada a fala para perguntar “o que faremos agora?”. Ele quer saber como se tornar perfeito o mais rápido possível ou vai tentar se controlar de forma rígida para que o suposto defeito que acaba de descobrir não transpareça. Ele não se dá conta do quanto está sendo injusto e exigindo de si mesmo. O medo de não ser perfeito faz com que essa pessoa se coloque constantemente em situações nas quais precisará fazer escolhas que considera difíceis, ainda conforme Bourbeau (2017). Assim, quanto mais sente medo, mais o objeto desse medo é atraído para si ou alguma situação correspondente.

EXERCÍCIO: CRIANDO ALINHAMENTO INTERIOR²

² Adaptação de PNL – *Programação Neurolinguística: a nova tecnologia do sucesso*, de Steve Andreas e Charles (1995).

1. Voz incômoda: pense em uma vez que sua voz interior lhe criticou ou perturbou você de alguma maneira e coloque-se de novo naquela situação. Depois ouça a voz e observe o que está dizendo, como soa, de onde vem e para onde se dirige.

2. Mude a voz para a garganta: agora, lentamente, permita que a voz mude para a região do seu corpo onde sua própria voz se origina quando você fala. Observe como ela se modifica naturalmente, conforme vai, cada vez mais, saindo do seu peito e garganta. Provavelmente, as palavras que diz, a tonalidade e o volume também se modificarão de alguma forma.

3. Observe as diferenças: quando ela tiver se mudado totalmente para dentro da sua garganta, para a fonte da sua própria voz, observe como fica diferente. Em geral, ela se torna mais suave, e a tonalidade fica mais condizente com um aspecto cordial de você mesmo. Às vezes, as palavras terão passado de acusações críticas para dados reais ou sugestões úteis. As palavras podem ter se transformado em declarações sinceras sobre como você se sente, o que pensa ou quer.

4. Confira a estrutura eu-você: vozes incômodas em geral começam com a palavra “você” seguida de um julgamento como “você, seu bobo”. Com esse tipo de voz, eu estou falando comigo mesmo como se estivesse falando com outra pessoa, dizendo “você” em vez de “eu”. Quando essas vozes passam para dentro do seu corpo, elas quase sempre mudam espontaneamente para frases simples que começam com “eu”, seguido de “sinto”, “vejo”, “ouço”, “penso” (“não gosto do que aconteceu”; “quero uma reação diferente de você”). Se a sua voz ainda não se modificou assim, convide-a a mudar e observe como isso altera a sua experiência. Convide sua voz a fazer declarações começando com “eu”: “eu acho”, “eu sinto”, “eu quero”.

5. Planejamento do futuro: pense agora sobre o tipo de situações futuras nas quais você quer esse tipo de alinhamento interior. Coloque-se em uma dessas situações e rapidamente refaça as quatro etapas anteriores, observando como esse realinhamento lhe faz se sentir completo e cheio de recursos, melhorando a situação. A maioria das pessoas se sente com muito mais recursos quando se realinha com as vozes interiores. Elas costumam dizer que o que pensam e sentem fica mais claro, facilitando assim tomar a atitude adequada. Outras descrevem uma sensação de relaxamento e totalidade em vez de confusão, frustração e tensão. Algumas pessoas,

entretanto, acham que tal processo faz com que se sintam desconfortáveis. Se isso acontecer com você, significa que precisa vivenciar todo o processo de alinhamento de posições perceptivas para alcançar o alinhamento pleno e confortável. Por agora, você pode colocar sua voz onde estava.

2

PRINCIPAIS CAUSAS DOS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

Prazer e dor são representados com os traços gêmeos, formando como que uma unidade, pois um não vem nunca sem o outro; e se colocam um de costas para o outro porque se opõem um ao outro.

LEONARDO DA VINCI

Aprendi que falar pode aliviar minhas dores emocionais.

WILLIAM SHAKESPEARE

Como vimos, as dores e feridas mais frequentes causadoras de bloqueios e vícios emocionais são: REJEIÇÃO, ABANDONO, MANIPULAÇÃO, HUMILHAÇÃO e INJUSTIÇA (sentir-se trocado ou excluído).

Quando uma criança nasce, não apresenta muita consciência dos fatos e sentimentos experimentados em sua vida intrauterina. Assim, se uma experiência vivida, ainda que de forma inconsciente, não tiver uma boa aceitação – ou seja, caso se encontre em meio a julgamento, culpa, medo, remorso ou algo assim –, essa pessoa vai constantemente atrair para si várias circunstâncias ou indivíduos que a fazem reviver essas mesmas experiências dolorosas, de acordo com Bourbeau (2017).

Nasio (2014, p. 9) aponta que “o inconsciente é a força soberana que nos impele a escolher a mulher ou o homem com quem compartilhamos nossas vidas”. Com base nessa formulação, pode-se observar que o inconsciente é

responsável por todas as decisões que o indivíduo toma, principalmente nos relacionamentos. Por isso existe uma forte tendência de sempre escolher o mesmo tipo de situação ou parceiro. Quem nunca ouviu de alguém aquela conhecida frase: “eu tenho o dedo podre para relacionamentos”?

Já para Whitmore (1937), ter medo de algo fará com que este se torne o seu principal alvo, levando o indivíduo a empenhar uma maior concentração no mesmo, terminando por conseguir o que mais temia. Como se fosse um ímã de atração do objeto de maior temor, isso é um processo inconsciente que leva o indivíduo a tomar decisões, ainda que à revelia, sem perceber o que está fazendo, atribuindo tudo ao destino ou acaso.

Quando as pessoas se dão conta de todas as consequências de determinada experiência e dos danos causados, em vez de se recriminar ou se voltar contra o seu semelhante, devem aprender a aceitar que aquilo é fruto de suas escolhas (embora feitas de forma inconsciente). Vale salientar também que não é só por dizer “não quero mais viver isso” que não acontecerá novamente, conforme Bourbeau (2017). As pessoas costumam falar que todos os homens ou mulheres são iguais! Não é verdade, toda escolha (de parceiro homem ou mulher) que se faz que é igual.

Dê-se o direito de repetir várias vezes o mesmo erro ou de reviver um fato desagradável antes de conseguir elaborar, ressignificar e ter ações necessárias para se transformar. Isso porque as coisas do inconsciente não virão para a consciência logo de cara, pois o ego (eu) é alimentado pelas crenças, o que dificulta bastante o processo. Tais crenças estão intimamente ligadas às principais dores emocionais. Cada ação, ainda que repetitiva, tem o objetivo de fazer o indivíduo conseguir se defender dessas dores. Embora elas permaneçam inconscientes, como disse Nasio (2014), são soberanas ao impelir o indivíduo em suas escolhas e ações.

Com base nessa afirmação, pode-se deduzir que ninguém faz nada contra ou a favor do outro, e sim em defesa de si e de suas dores. Aceitar uma experiência vivenciada, ainda que negativa, não significa concordar com ela – trata-se de conceder a si mesmo o direito de experimentar e aprender. Tudo aquilo que é vivido e não tem uma aceitação vai ser acumulado no

nível das emoções ou, como Freud diria, será reprimido no inconsciente, provocando maior dor e sofrimento até chegar ao nível máximo. Quanto maior a ferida, alerta Bourbeau (2017), maior será a frequência do sofrimento.

2.1 A ORIGEM E COMO ACONTECE

O indivíduo não tem consciência sobre tudo que ocorreu durante o período fetal e logo percebe que, diante da tentativa de ser ele mesmo, causa uma perturbação ao mundo de seus cuidadores, criando, portanto, a fantasia de que ser natural não é correto, não é direito. Assim, como aponta Bourbeau (2017), essa criança se concentra principalmente em sentimentos como o de julgamento, culpa e medo, provocando reações e distúrbios emocionais que culminarão na necessidade de uma aceitação dos próprios defeitos, conquistas, forças, fraquezas, desejos e personalidade, caso queira manter-se saudável. Isso é algo inerente a todas as pessoas, sem qualquer distinção.

Se a pulsão inteiramente desenvolvida encontra uma frustração imprevista e repentina, estão dadas as condições para o desenvolvimento de uma personalidade impulsiva. Nesse caso, a criança não aceita inteiramente a proibição. Não obstante, ela desenvolve sentimentos de culpa, que por sua vez intensificam as ações impulsivas até se tornarem impulsos compulsivos (REICH, 1998, p. 157).

Entretanto, logo após o nascimento, o ego (eu) da criança, com seus medos e crenças, conduz sua vida levando a deixar de ser fiel às necessidades básicas do ser, ocasionando as feridas emocionais que a deixam paralisada diante da vida. São muitas as ocasiões nas quais as pessoas se julgam rejeitadas, abandonadas, manipuladas, humilhadas ou trocadas (injustiçadas). Todas as vezes nas quais essas feridas são expostas, o ego acredita que o outro indivíduo é sempre o culpado pela dor, sem que de fato tenha sido, pois esses conteúdos dizem respeito às dores que ele mesmo apresenta, e não ao que outrem tenha feito ou deixado de fazer. Bourbeau (2017) ressalta que, em outras ocasiões, o indivíduo culpa a si mesmo, promovendo autopunição.

Como o sadismo não é sublimado, o superego é extremamente severo; o id é implacável nas exigências de satisfação de suas necessidades; o ego desenvolve sentimento de culpa, que

chama de consciência social, e uma necessidade de punição, na qual tende a infligir a si próprio o que realmente deseja fazer aos outros (REICH, 1998, p. 178).

Na tentativa de abrandar a dor, a criança se resigna e termina desenvolvendo uma nova personalidade, tornando-se o que ela imagina que os outros querem que ela seja. Algumas pessoas vivem continuamente revoltadas ou em situação de crise. Ainda de acordo com Bourbeau (2017), para se proteger do sofrimento vivido diante da dor de não ter o direito de agir (ou ser quem se é de verdade), a criança cria cinco máscaras correspondentes às cinco grandes feridas ou dores básicas vividas pelo ser humano.

REJEIÇÃO é a primeira entre as cinco feridas mais comuns a se manifestar na vida da pessoa antes mesmo de nascer. Bion (1992 apud ZIMERMAN, 2007), mesmo sem os sofisticados recursos da tecnologia moderna, já falava sobre a existência de uma vida psíquica fetal e, principalmente na década de 1970, conjecturava sobre a influência quanto à impressão (*imprinting*), desde as células embrionárias intrauterinas, por meio das variações dos estados físicos e emocionais da mãe. O psicanalista afirmava que essas sensações corporais, de certa forma as experiências emocionais, ficavam impressas e representadas no psiquismo do feto, com posteriores manifestações no adulto, sob a forma de enigmáticas psicossomatizações.

Hoje, sabe-se que o feto é influenciado, constantemente, pelas interferências do meio ambiente, por experiências vividas pela mãe durante a sua gestação, que são guardadas apenas em seu inconsciente e que influenciarão a personalidade pós-natal, comportamento e conduta do indivíduo em formação (Peixoto; Amorim, 2007 apud FRANCESCONI, 2010).

Raphael-Leff (2000 apud PICCININI; GOMES, 2008) postula que, diante de todas essas mudanças, a mãe então revive muitas instâncias psíquicas durante a experiência de gestar, o que leva a uma exacerbação da sensibilidade, tornando-a mais suscetível a vários distúrbios emocionais. Assim, o processo de gravidez pode desencadear uma crise emocional, potencializando conflitos até então desconhecidos.

Dessa forma, percebe-se que estudos relativos à vida intrauterina deixaram de ser somente orgânicos, para ampliar e utilizar também conceitos psicológicos. Wilhelm (2000) conceitua que a Psicologia pré-natal, também conhecida como Psiquismo fetal e Psicoembriologia,

dedica-se ao estudo do comportamento, desenvolvimento evolutivo, psicoafetivo e emocional do ser humano no período anterior ao nascimento (Zenidarcy, 2010 apud AZEVEDO; MOREIRA, 2012, p. 66).

Piontelli (1995 apud COSTA et al., 2007) explica que o útero, ao contrário do que se pensava, não é estático ou homogêneo, pois muda constantemente durante o período da gestação. Cada feto habita um ambiente único, sujeito a diferentes e singulares experiências e estimulações. Assim, de acordo com Gomes e Piccinini (2008), pelos estudos da ultrassonografia é possível também já identificar traços iniciais de personalidade, conseguindo até prever futuros comportamentos do bebê.

Nesse sentido, o presente artigo busca analisar as primeiras relações materno-infantis a partir das três proposições teóricas: o trauma do nascimento, a observação de bebês em útero e o método de observação de bebês na prevenção de traumas psíquicos. Essas teorias são analisadas através do referencial teórico de Donald W. Winnicott, a partir da teoria do desenvolvimento emocional primitivo e do conceito de memória corporal, as quais enfatizam as experiências intrauterinas sentidas pelo feto e o contato do bebê com a mãe em termos da fisicalidade dos corpos vivos (SILVA, 2016, p. 32).

Boccatto³ (2001) destaca que o corpo formado durante a gravidez forma também a personalidade, a inteligência e os traumas durante a gestação. Desde o começo os sentimentos e os humores maternos afetam o filho, por meio da exposição aos mesmos hormônios produzidos pela mãe, de modo que os fetos rejeitados são fortes candidatos a vários e sérios distúrbios de comportamento.

3 Doutora docente do Centro Universitário São Camilo nas disciplinas de Embriologia e Genética.

De acordo com Quayle (2011) e Zenidarcy (2010), uma mãe sob forte tensão emocional tende a apresentar alterações hormonais que ultrapassam a barreira placentária e ocasionam mudanças no equilíbrio psicofisiológico fetal. É pelo cordão umbilical que surge a inter-relação física e emocional entre mãe e filho, portanto os primeiros contatos com o meio externo são através das reações emocionais da mãe, frente ao que ela pensa, sente e vivencia (AZEVEDO; MOREIRA, 2012, p. 68).

A partir do instante no qual o feto passa a se sentir rejeitado, começa a desenvolver uma máscara ou caráter para evitar sofrer, o que alguns autores chamam de comportamento “escapista” e outros, de “esquizoide”. Ambas as nomenclaturas remetem ao mesmo tipo de comportamento. A partir de agora, baseado no livro *O corpo em terapia*, de Lowen (1977), que descreve o caráter esquizoide, esse termo será usado para se referir ao caráter ou

máscara usado a fim de se proteger da dor da rejeição, a qual toca diretamente na crença de merecimento do ser.

ABANDONO também está entre as cinco feridas humanas. No decorrer deste estudo, você perceberá que a maioria das pessoas apresenta mais de uma ferida. Porém, elas não sentem o mesmo grau de dor, podendo sempre existir uma com maior predominância, daí o porquê de cada uma se desenvolver de forma mais perceptiva em um traço de caráter do que em outro. Segundo Reich (1998, p. 234), “o medo de ser abandonado se baseia diretamente no medo que surge quando se perde o contato de pele com a pessoa amada”.

Essa ferida pode ter sua origem entre 0 e 1 ano de idade, embora os teóricos divirjam muito nesse ponto – porém, pode-se considerar aqui uma média. Essa é a fase na qual a criança acredita que ela e a mãe são um só, sem divisão, o que pode ser exemplificado pela fala “eu sou mamãe e mãe sou eu” – “a identificação primária com a mãe” (ZIMERMAN, 2007, p. 93). Isso pode ocorrer pelo simples fato de a mãe ter que passar a se ocupar mais com um novo bebê – e, se este necessitar de cuidados especiais por ser doentinho ou problemático, a ferida do abandono será ainda maior. A criança desenvolverá a ideia de que será assim para sempre, que nunca mais terá a mãe de volta. Tal ferida também pode se manifestar quando os pais precisam se ausentar para trabalhar, como é de costume e necessário, obrigando-os a dispensar pouco tempo para a criança ou, ainda, dedicando tempo, mas sem muita qualidade, para tentar suprir essa falta.

Em consonância com Bourbeau (2017), a máscara ou caráter que o indivíduo cria tem como objetivo inconsciente protegê-lo diante da ferida do abandono e da dependência, caracterizada pelo caráter oral – palavra que será usada aqui para descrever a pessoa que sofre com essa dor.

O problema da estrutura de caráter oral é apresentado primeiro porque mostra, mais claramente do que qualquer outro tipo, a grande dependência de processos bioenergéticos subjacentes, no qual se encontra a função psíquica (LOWEN, 1977, p. 153).

Freud considerou a fase oral importante para estabelecer as inter-relações “mãe-bebê”. Apresentou-a como uma etapa da organização da

libido, propondo que a boca se constitui como zona erógena que experimenta a libido oral e suas gratificações, a exemplo do que acontece no ato da amamentação e no contato com a pele da mãe.

M. Klein (apud ZIMERMAN, 1999) deu ênfase à importância das primitivas relações do bebê com a mãe, mais precisamente com o seio materno, que fica dividido na mente primitiva da criança entre aquilo que a autora denomina “seio bom” e “seio mau”. Assim, a falta de alimento afetivo ou do tipo de alimento desejado faz com que o seio seja visto pela criança como bom, quando não a abandona, ou mau porque a abandonou, o que fortalece a ideia de caráter oral e de dependência.

MANIPULAÇÃO ocorre entre 1 e 2 anos de idade. Marca o início da interação com o ambiente além da mãe, podendo ser representada pela fala “eu não sou a mamãe, mas eu controlo ela”, com “ensaaios de individuação e separação, por exemplo comer sozinho, sem a ajuda de outros” (ZIMERMAN, 2007, p. 93).

Quando a criança começa a viver experiências de manipulação, cria uma máscara para se proteger dessa ferida. Tal máscara é a do controlador, o qual – de acordo com pesquisadores dos teóricos Reich e Lowen – apresenta um caráter do fálico-narcísico, que passará a ser tratado assim neste livro.

Freud chamaria de “caráter anal”, não se referindo ao ânus propriamente dito, e sim a sua representação psíquica de comportamento que representa a fase na qual a criança aprende a controlar os esfíncteres, as pessoas e o ambiente. De acordo com Zimerman (2007, p. 93), isso representaria, para a criança, “uma forma de controlar e manipular as pessoas que cuidam dela, por meio da retenção das próprias fezes”.

Abraham (apud ZIMERMAN, 1999) deu uma excelente contribuição quando descreveu duas etapas dessa fase anal: a expulsiva e a retentiva, a qual expressa controle.

Assim, também o controle esfinteriano deve, sobretudo, ser considerado como um modelo de como se processa o controle motor em geral; as sensações de domínio ou de sujeição; o prazer na expulsão ou retenção; a intermediação entre aquilo que é uma produção e uma posse do bebê, em confronto com as exigências do mundo exterior, as implicações emocionais nos atos de receber, reter, eliminar, tomar, dar etc. [...] A fase retentiva decorre do fato de

que a criança aos poucos descobre que a mucosa anal pode ser prazerosamente estimulada não unicamente pela expulsão, mas também pela retenção das fezes (ZIMERMAN, 1999, p. 93).

Ainda com Zimerman (1999), o valor da matéria fecal tem como significação uma troca entre a criança e o mundo exterior, entre aquilo que é uma produção e uma posse suas, com grande habilidade para prever as expectativas alheias ao mesmo tempo em que cria expectativas em relação aos outros, porém com o intuito de controlar tudo. Assim, as expectativas do fálico-narcísico estão direcionadas ao propósito de manipular outros para garantir que farão direito o que devem fazer e verificar se são confiáveis.

HUMILHAÇÃO, de acordo com Bourbeau (2017), ocorre entre 2 e 3 anos de idade, período do desfralde. É fundamental entender que tecer qualquer comentário pejorativo pode gerar o sentimento de vergonha, inclusive despertando a dor da humilhação nos pequenos, representada pela fase anal expulsiva, conforme Abraham (apud ZIMERMAN, 1999).

Essa ferida está ligada principalmente ao mundo físico, do ter e do fazer. É nesse período que a criança aprende a usar o banheiro sozinha, a comer, a ser asseada, a falar, escutar, compreender o que os adultos lhe dizem etc. A possibilidade de não ser bom, o ato de fazer errado ou em lugar errado podem acarretar o sentimento de humilhação por acreditar que seus pais têm vergonha dela. Veja a seguir um exemplo de humilhação.

Ele comenta que “minha mãe me forçava, sob pena de me bater, a sentar no vaso sanitário durante uma ou duas horas e tentar “fazer” alguma coisa, porém eu não conseguia”. Após os dois anos de idade, lembra-se de ter tido prisão de ventre (LOWEN, 1977, p. 181).

Lowen (1977) relata que o mesmo cliente citado lhe contou também que sofria muitas experiências humilhantes diante de um vulto, pois quando criança dormia no quarto juntamente com os pais e se lembra de sentir medo quando os ouvia tendo relações sexuais. Eis outra forma de despertar a ferida no indivíduo, por meio do constrangimento e vergonha.

Ligado a isso, há um outro traço de caráter frequentemente encontrado no caráter masoquista e em crianças que tendem ao masoquismo: *sentir-se estúpido* ou a contrapartida disso: *agir como se fosse estúpido*. Faz parte realmente da estrutura de caráter masoquista explorar todas as inibições para se humilhar (REICH, 1998, p. 240).

Esse traço pode ter origem, por exemplo, quando a criança surpreende o pai ou a mãe sem roupa e percebe que estão constrangidos, procurando se esconder, com vergonha do próprio corpo (ou ela própria se sentindo constrangida). Quem sofre com a dor da humilhação forjará para si a máscara do masoquista. O masoquismo é o comportamento repetitivo de uma pessoa que encontra satisfação ou prazer em sofrer. Em geral, ela procura a humilhação de modo inconsciente. É como se planejasse formas de se castigar antes que outro o faça. Aqui, quando o termo “masoquista” é utilizado é para fazer referência à pessoa que sofre com essa dor da humilhação.

Já a ferida de ser **TROCADO, EXCLUÍDO, INJUSTIÇADO** ocorre entre 3 e 5 anos de idade, período em que a energia sexual se desenvolve, engendrando assim o Complexo de Édipo. Essa ferida geralmente é vivida com o genitor do sexo oposto, com quem haverá uma forte conexão de amor e uma grande atração mútua. “Esta expressão designa o conjunto de desejos amorosos e hostis que a criança experimenta com relação aos seus pais. Freud situou-o por volta dos três anos” (ZIMERMAN, 2007, p. 94).

Em consonância com as ideias de Sigmund Freud, a maioria dos psicanalistas concorda que todas as crianças vivenciam esse complexo, apenas com algumas diferenças de grau. “Predomina, entre os psicanalistas, a consensualidade de que o complexo de Édipo representa ter um papel organizador essencial para a organização da personalidade” (ZIMERMAN, 2007, p. 95).

O indivíduo que sofre dessa ferida é inclinado a sentir inveja dos que têm mais do que ele e que, segundo sua perspectiva, não são merecedores, podendo ainda acreditar que é constantemente alvo da inveja alheia. Para se defender dessa dor, ele desenvolve uma máscara de caráter histérico, que se caracteriza por um caráter rígido.

Reich (1998, p. 158) considera, por exemplo, que “em circunstâncias normais, tendo o menino desenvolvido o complexo de Édipo simples, quando a mãe tem uma preferência por ele e o frustra”, sente-se então excluído ou trocado, o que na sua percepção é uma injustiça.

Assim, usando o comportamento do paciente como ponto de partida, a análise do caráter conseguiu penetrar diretamente no centro da neurose: sua angústia de castração, a inveja do irmão – derivada da preferência da mãe pelo irmão – e o correspondente desapontamento em relação a ela. Os contornos do complexo de Édipo estavam já ficando claros (REICH, 1998, p. 73).

O simples fato de a mãe dispensar mais atenção ao irmão, principalmente se este tiver alguma necessidade especial, pode despertar no rígido a dor de ter sido trocado.

De acordo com Bourbeau (2017), é preciso esclarecer que uma pessoa pode viver uma experiência de vergonha ou de humilhação sem que a ferida da humilhação seja despertada. Porém, um masoquista pode vivenciar uma experiência de rejeição e se sentir mais humilhado do que rejeitado. Os cinco tipos de caráter mencionados aqui podem envolver sentimento de vergonha, mas a pessoa com a ferida da humilhação é quem a sente com regularidade. Outro ponto relevante é que uma pessoa pode se sentir culpada sem ter necessariamente uma vergonha, mas não terá vergonha sem se sentir culpada. Pode sofrer de abandono sem sofrer de manipulação ou traição, mas aquela que sofre de traição ou manipulação também sofre de abandono. Uma pessoa pode ser rejeitada e sofrer a dor de ter sido trocada ou excluída; alguém pode ser traído e vivenciar isso como uma rejeição; outro ainda pode ser abandonado e se sentir humilhado, e assim por diante.

Desse modo, todo o processo da dor ocorre no inconsciente, impulsionando os comportamentos. Partindo-se do pressuposto de que a maioria das pessoas consegue perceber os comportamentos do outro mais que os próprios, eis uma sugestão de exercício. Peça o *feedback* de dez pessoas do seu círculo de amizade (as quais você acredita que serão sinceras com você) e responda às perguntas a seguir.

FEEDBACK⁴

4 Adaptação: Copyright© 2012 AIC - Todos os direitos reservados - www.aicoaching.com.br

1. Como você acredita que os outros lhe veem?

2. Como você acredita que as pessoas com menor poder aquisitivo que o seu, uma formação cultural e profissional inferiores ou, ainda, classe social abaixo da sua veem você?

3. Como você acredita que seus subordinados ou colaboradores lhe veem?

4. Como você acredita que as pessoas com poder aquisitivo maior que o seu, mais formação cultural (acadêmica ou profissional) ou, ainda, classe social superior veem você? Qual o impacto que você tem sobre essas pessoas que metaforicamente estão em um nível superior ao seu?

5. Como você acredita que seu superior (diretor, sócio, grande cliente) lhe vê?

6. Como você acredita que as pessoas muito próximas de você, do seu convívio ou de seu relacionamento (cônjuge, noivo, namorado, melhor amigo) lhe veem?

7. Como você acredita que seu filho lhe vê? Ou alguma pessoa no lugar deles, como filhos por afinidade? Caso não tenha filhos, como você acredita que seus sobrinhos lhe veem? Ou, se não tem sobrinhos, como acredita que as crianças do seu prédio, do seu quarteirão ou que você encontra eventualmente lhe veem?

8. O que é família para você? Quando você fala em família de quem você se lembra? Você pode compartilhar três nomes específicos da sua família? Como você acredita que essas pessoas lhe veem? Pode perguntar a percepção de cada uma das três pessoas.

9. Como você se vê agindo e interagindo com as outras pessoas? O que você acredita que elas pensam de você quando lhe conhecem pela primeira vez? Qual é o impacto que você causa no primeiro contato com as pessoas?

10. Diante de todo esse processo reflexivo, como gostaria de ser visto pelas pessoas?

3

BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS NO FUNCIONAMENTO DA MENTE

Se você foi bem-sucedido, pergunte a si mesmo por que e tente repetir a ação. Se você fracassou, pergunte a si mesmo por que e aprenda com a experiência.

DALE CARNEGIE

A inteligência é o único meio que possuímos para dominar os nossos instintos. O pensamento é o ensaio da ação.

SIGMUND FREUD

A mente humana é fascinante e extremamente poderosa, como destaca Damásio (2011). Entender como ela funciona é fundamental para que, de forma consciente, todos os seus recursos sejam utilizados com o objetivo de permitir ao indivíduo desfrutar das possibilidades, usufruindo assim de uma vida mais feliz e plena, livrando-se desses bloqueios e vícios emocionais. Apesar de ser um assunto complexo, buscaremos nesse capítulo maneiras simples de compreender como a mente funciona.

A transmissão, recepção e integração dos sinais elétricos são essenciais para o processamento da informação no sistema nervoso central nos seus graus mais variados de complexidade, que vão de um arco reflexo simples a funções integrativas complexas, como, por exemplo, os processos cognitivos (MENESES, 2015, p. 2).

Meneses (2015) explica como se dá o recebimento de todas as informações e como elas são repassadas ao cérebro. O neurônio recebe e armazena em seu núcleo informações, as quais são conduzidas pelos axônios até chegarem à região onde ocorre a sinapse, gerando os impulsos nervosos em todo o corpo. São milhares de neurônios trabalhando juntos, reforçando as mensagens captadas. É inegável que o poder da mente é muito significativo para melhor compreender as atitudes e o comportamento bem como ter a capacidade de fazer as mudanças necessárias – uma vez que os seres humanos experimentam e vivenciam muitas emoções, indo da felicidade à tristeza, da alegria à depressão, ou seja, sente-se de tudo, em frações de segundos e quase simultaneamente.

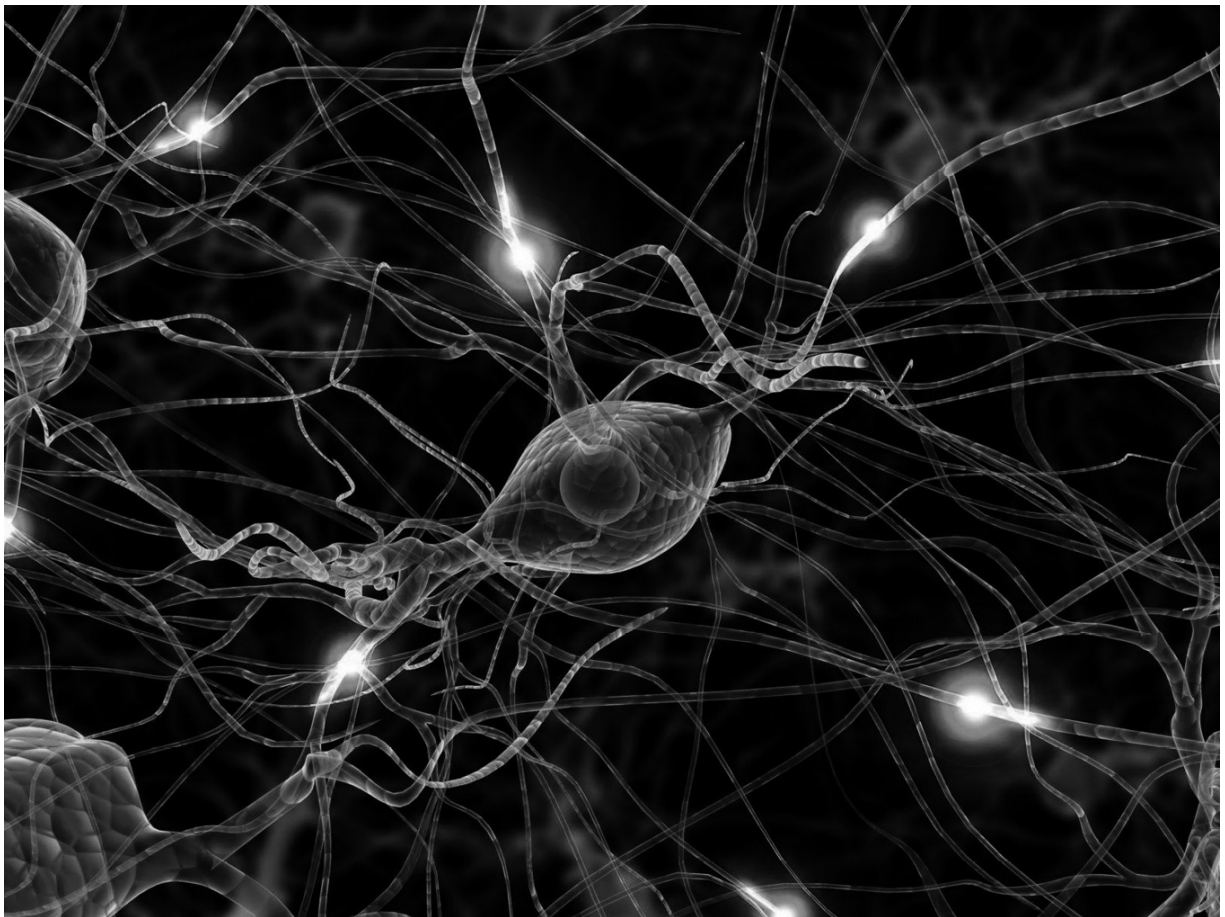


Figura 1: Conexões neurais
Fonte: Exame, 2015.

Izquierdo (2004) recorre ao pensador italiano Norberto Bobbio – autor da frase “somos aquilo que lembramos” –, acrescentando: “e também somos o que decidimos esquecer”. Ideias que podem ter sua base originária na célebre proposição freudiana segundo a qual não somos apenas o que pensamos ser: “somos mais: somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos ‘sem querer’”.

Justifica-se, assim, a necessidade de trazer do inconsciente as informações armazenadas, a fim de que o indivíduo possa alcançar uma transformação de vida bem como parar de se sentir bloqueado quanto aos seus objetivos e metas, produzindo as moléculas de emoções ligadas aos pensamentos positivos e tornando-os livres dos vícios.

Ainda conforme Izquierdo (2004), hábitos e personalidades estão relacionados a escolher esquecer as ofensas e as agressões sofridas – caso contrário, estaremos propensos às amarguras, paranoias ou ressentimentos, o que como consequência produz bloqueios e vícios emocionais. Pode-se esquecê-las por completo ou apenas reprimi-las até que desapareçam das memórias importantes e conscientes – nesse último caso, o indivíduo fica indefeso perante a sua reiteração.

Para o autor, se a escolha for reprimi-las, elas ficarão fora do acervo das memórias, menos dos sentimentos e sensações, bem como do uso diário de maneira repetitiva e de forma inconsciente. O uso repetido levará as pessoas por rumos diferentes e variados em relação à personalidade, bloqueando sua ação e criatividade, mantendo-as em um círculo vicioso de atitudes destrutivas. Essa liberdade e superação não são algo que se obtém como um diploma ao chegar a certa idade – podem ser mudadas ao longo da vida, como produto ou resíduo das memórias deixadas pelas experiências, sendo necessário que todo o produto inconsciente se torne consciente para uma elaboração definitiva.

Ademais, a explicação sobre o funcionamento da mente é muito complexa, haja vista que as ideias de Sigmund Freud tiveram uma popularização, junto com a Psicanálise, que muitas vezes é veiculada de

modo errôneo e distorcido. Assim, é preciso, primeiramente, esclarecer o que é Psicanálise. Resumidamente, trata-se de uma teoria que pretende explicar o funcionamento da mente humana. Assim sendo, ela se transforma num método de tratamento de diversos transtornos mentais, de acordo com LeDoux (2011).

3.1 O INCONSCIENTE

O significado da palavra “inconsciente” na área psicológica é muito mais denso do que se imagina. Diferentes correntes de estudo trazem pontos de vista que se adequam à época na qual foram apresentadas para a sociedade e ainda podem ser interpretados para os dias de hoje, segundo Lipps (2001).

Conforme Sigmund Freud (1856-1939), a mente é dividida em consciente, pré-consciente e inconsciente. O inconsciente, que ocupa a maior parte, fica escondido, mas se manifesta de forma instintiva sem que se perceba, por meio dos comportamentos chamados de sintomas. O famoso psicanalista austríaco acreditava que isso se manifesta através dos sonhos, nos chistes e atos falhos, conforme relatado em seus livros *A interpretação dos sonhos*, de 1900, e *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, de 1901.

O pesquisador Dr. Joseph Murphy (1898-1981), autor do *best-seller O poder do subconsciente*, defende que subconsciente (inconsciente) é o construtor do corpo e mantém todas as funções vitais. Está em funcionamento 24 horas seguidas e nunca dorme. Assim, você pode produzir em sua vida mais poder, riqueza, saúde, felicidade e alegria se entrar em contato e libertar o poder oculto desse subconsciente. O livro é um guia de autoajuda essencial para ensinar que é possível transformar a vida ao mudar o jeito de pensar. Ele se utiliza de técnicas revolucionárias e do conceito de subconsciente.

O suíço Carl Jung (1875-1961), assim como Freud, acreditava que o inconsciente funciona como um espaço para desejos reprimidos, propondo a ideia de que existe na sociedade um inconsciente coletivo. Esse conceito pode ser entendido como o espaço que recebe todos os registros e

informações herdadas ao longo dos anos, de modo que as vivências pelas quais os indivíduos passam vão fazer parte de sua bagagem inconsciente, exercendo influência sobre a personalidade e podendo ser identificadas por diversos meios de ações e comportamentos comuns. Já o psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981) afirmou que consciente e inconsciente jamais serão a mesma coisa e que o segundo é a base da existência.

O termo “inconsciente”, usado para definir o que está fora da consciência, é famoso nas palavras de Freud, mas saiba que alguns dos conceitos usados pelo austríaco foram primeiro propostos pelo psiquiatra Pierre Janet (1859-1947), em uma tese de 1889. O pesquisador francês desenvolveu, ainda, estudos a respeito do trauma subconsciente: quando alguns eventos são tão estressantes que podem causar dissociação, uma desconexão com a realidade, de acordo com Schestatsky et al. (2003).

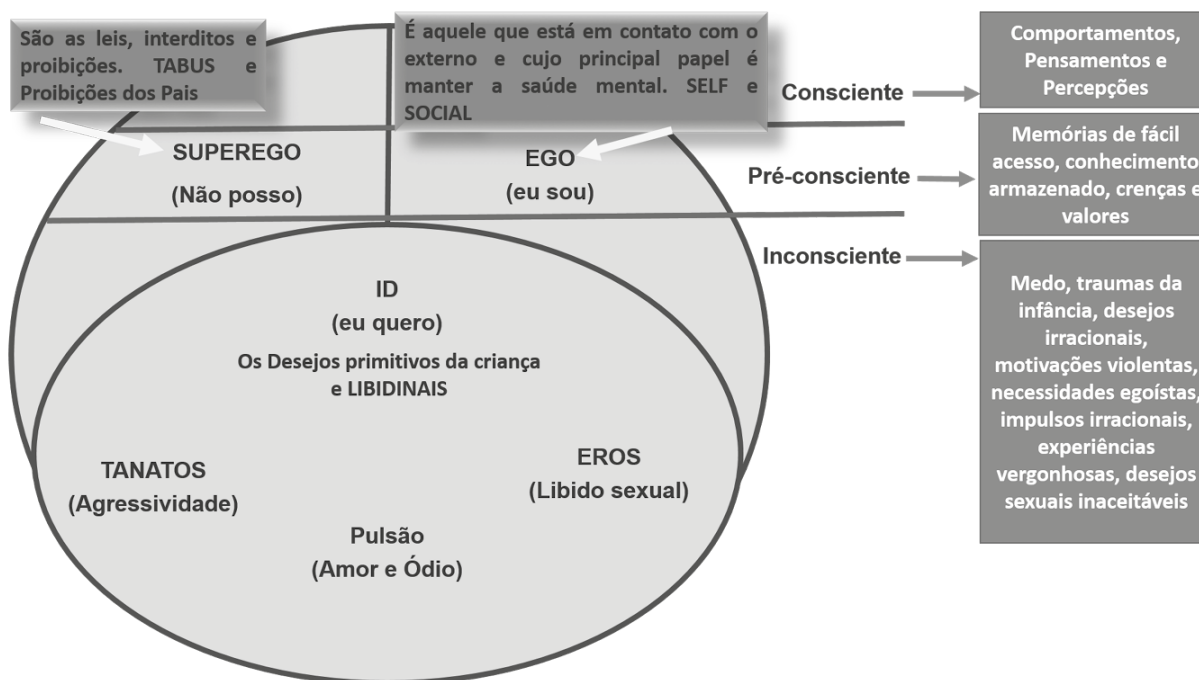


Figura 2: Modelo estrutural e topográfico
Fonte: Elaboração do autor

Em *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*, Freud (1901) postula a existência de uma espécie de relação entre os fatores psíquicos e a realidade. De acordo com Zimmerman (1999), é possível reconhecer que as situações ou ações advindas do meio são influenciadas e mediadas por um

tipo de compreensão ou possibilidade de uma relação determinada pelo que se denomina “reconhecimento obscuro”, no qual o indivíduo, inconscientemente, identificaria algo no seu ambiente.

Esse inconsciente tem início na formação psíquica do indivíduo, desde o desenvolvimento fetal. Reich (2000, p. 136 apud AZEVEDO; MOREIRA, 2012, p. 66) considera que “todos os fatos que ocorrem no período pré-natal recebem registro mnêmico”, que “fica guardado apenas no nível do inconsciente”.

Todas as transformações – tanto individuais como relacionais – que acontecem na vida da gestante fazem-se necessárias na constituição do espaço psíquico do bebê, e mesmo que muitas delas sejam temporárias e/ou não estejam ainda bem estruturadas, já denotam a importância que têm para a constituição da maternidade (PICCININI; GOMES, 2008, p. 70).

A gestante vivencia diversas transformações durante esse período e, diante das mudanças e revivências psíquicas de suas experiências, experimentadas desde a concepção fetal, passa por uma exacerbação da sensibilidade, o que a torna suscetível a vários distúrbios emocionais, segundo Raphael-Leff (2000). Logo, a gravidez pode desencadear crises emocionais, exigindo das mães uma adaptação e a resolução de conflitos até então desconhecidos. A maneira como elas lidam com tais mudanças no período gestacional vai influenciar suas relações futuras com a criança (MALDONADO, 1997 apud PICCININI; GOMES, 2008).

O primeiro período está vinculado à assimilação do alheio e caracteriza-se pelo processo de identificação, mediante o qual o Ego configura-se à imagem do Id. O Ego fetal é definido por representações próprias da fisiologia: o feto não tem respiração pulmonar nem se alimenta pela boca, faz isso através da placenta e do cordão umbilical. Os conteúdos desse Ego fetal são inconscientes e só podem ser conhecidos por manifestações indiretas como o letargo, a psicose e as enfermidades somáticas – tendo essas últimas seus padrões de evolução estabelecidos no período intrauterino. As fantasias próprias deste período estão associadas ao modo de funcionamento hepático glandular e é nesta etapa que a organização biológica mãe-feto fornece representações para descrever fantasias de provimento constante, de absorção permanente, como sucede no intercâmbio intrauterino (GASTAUD, 2008, p. 17).

Chiozza (1963 apud GASTAUD, 2008) deu uma contribuição especial a essa chamada teoria do psiquismo fetal ou psicoembriologia, postulando que o funcionamento hepático seria o ponto de fixação ou zona erógena da libido (como pontua Freud nas fases do desenvolvimento em *Três ensaios sobre a*

teoria da sexualidade; 1901-1905), correspondente à fase fetal. Devem-se agregar ao desenvolvimento do bebê as substâncias que chegam a ele através da mãe, que lhe são transmitidas pelo código genético – sendo o fígado o encarregado de converter as substâncias alheias em substâncias próprias enquanto o feto evolui de acordo com um plano de materializá-las.

Ao longo de toda a vida, o fígado vai cumprir essa tarefa, mas é na fase fetal ou pré-natal que o órgão conquista primazia, dado o volume que atinge no feto durante as primeiras etapas de gestação. Chiozza (1963 apud GASTAUD, 2008) expõe a existência de impulsos libidinais e fantasias específicas “do hepático”, caracterizando assim o fígado como zona erógena pré-oral, podendo-se falar em fixação e regressão hepática. O fígado funciona no embrião desde as quatro primeiras semanas, recebendo todo o sangue proveniente da mãe, ao passo que a secreção de bile será observada nos embriões a partir de três meses.

A ultrassonografia inaugurou uma nova forma de contato com o universo intrauterino, e o uso dessa tecnologia beneficiou o estudo do psiquismo fetal, pois através dos movimentos e das reações fetais tem sido possível conhecer importantes informações a respeito das funções sensoriais e as altas funções do cérebro do feto. Também já é possível identificar traços iniciais de personalidade, prevendo futuros comportamentos do bebê (Souza-Dias, 1996, p. 40 apud (AZEVEDO; MOREIRA, 2012, p. 65).

Ainda conforme Azevedo e Moreira (2012), Wilhelm foi considerado o pai da psicoembriologia, uma vez que foi o primeiro a registrar a rejeição e angústia vividas pelo ser humano ainda no processo intrauterino, onde o feto manifesta os primeiros sentimentos de prazer, desprazer, tristeza, alegria, angústia, bem-estar, agrado e desagrado, por meio de seu comportamento e movimentação durante esses processos.

Piontelli (1995 apud COSTA et al., 2007) explica que é por meio de manifestações somáticas do feto que se observa um funcionamento mental, visto que é através dos movimentos fetais que ele se comunica com o meio ambiente.

Segundo Nasio (2014), é impossível compreender a neurose de um adulto se não localizar a neurose infantil do mesmo, uma vez que essa permanece por toda a vida, mesmo sem que o indivíduo tenha consciência disso. Toda neurose de adulto é a repetição de uma neurose infantil. É claro que essa repetição é uma atitude inconsciente, e a mesma só teria fim se esse

passado for realmente deixado para trás (Nasio, 2014 apud OLIVEIRA, 2019, p. 29).

Em suma, o inconsciente tem sua origem desde a concepção fetal e segue acompanhando o indivíduo até a velhice, impactando, bloqueando e promovendo vícios emocionais, tornando-os repetitivos durante todo o período de vida, sem que a pessoa consiga explicar o motivo de sua falta de controle nas ações compulsivas. Embora pareça já existir consciência dos fatos ocorridos em suas experiências, pode-se afirmar que se tratam apenas de partes que não estão ocultas, porque a maioria ainda é inconsciente. Como afirma Joseph Murphy (1963), 90% de nossa vida mental se passa no inconsciente, restando apenas 10% na consciência. O objetivo aqui é apresentar formas de como tornar tudo a nosso favor e promover a vida abundante que outrora estava oculta aos nossos olhos.

EXERCÍCIO: UTILIZANDO SEU HERÓI/HEROÍNA PREFERIDO(A)⁵

5 Adaptação de *PNL – Programação Neurolinguística: a nova tecnologia do sucesso*, de Steve Andreas e Charles Faulkner (1995).

1. Pense em três heróis ou heroínas: escolha um homem ou mulher a quem admire muito. Escolha alguém que o entusiasme e inspire quando se lembrar das suas realizações. Algumas pessoas preferem um personagem histórico, como Winston Churchill, Gandhi, Martin Luther King, Susan B. Anthony ou Eleanor Roosevelt. Outros gostam mais de grandes líderes religiosos como Jesus, Moisés ou Maomé. Você pode preferir alguém que conheça pessoalmente, como um membro da família, colega de trabalho ou amigo. Pode até escolher um personagem de ficção ou lendário, a exemplo de Robin Hood ou Mulher-Maravilha. Deixe-se guiar pela inspiração.

2. Destaque três qualidades ou comportamentos em particular de cada herói ou heroína:

a) Herói ou Heroína 1

b) Herói ou Heroína 2

c) Herói ou Heroína 3

3. Enumere as qualidades ou os comportamentos: faça uma lista de todas as qualidades desses heróis/heroínas:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

4ª _____

5ª _____

6ª _____

7ª _____

8ª _____

9ª _____

4. Questione-se, perguntando a si mesmo: quais dessas qualidades e comportamentos são meus? Por que fiz isso? Quais resultados tenho alcançado? Qual a sensação resultante?

3.2 MENTE E CÉREBRO

De acordo com Kandel (2009), até a metade do século XX existia uma visão segundo a qual as capacidades mentais resultavam das atividades

combinadas do córtex cerebral. O autor menciona Franz Joseph Gall – médico e neuroanatomista alemão que lecionava na Universidade de Viena entre 1781 e 1802 –, o primeiro a defender a ideia de que todos os processos mentais são biológicos, e, portanto, têm origem no cérebro, dando contribuições conceituais duradouras à ciência da mente.

Segundo Simanke e Caropreso (2011), a filosofia da mente de Freud parece definir-se como uma versão do dualismo de propriedades, entre o mental e o cerebral, como propriedades que se incorporam aos processos neurais no nível mais complexo e elevado de organização cerebral. A partir dessa hipótese, a afasia passa a ser aplicada como representação, do ponto de vista funcional, para conceitualizar o distúrbio da função normal da linguagem que se converte em um instrumento teórico para repensar o problema da relação mente-cérebro.

A psicanálise faz uma suposição básica, cuja discussão está reservada ao pensamento filosófico, mas cuja justificativa reside em seus resultados. Conhecemos dois tipos de coisa a respeito do que chamamos nossa psique (ou nossa vida mental): em primeiro lugar seu órgão corporal e cena de ação – o cérebro (ou o sistema nervoso) – e, por outro lado, nossos atos de consciência, que são dados imediatos e não podem ser mais bem explicados por nenhuma forma de descrição (Freud, 1975 [1938], p. 144 apud SIMANKE; CAROPRESO, 2011, p. 67).

Ainda com Simanke e Caropreso (2011), esse conceito abre uma via de compreensão da psicologia científico-naturalista proposta por Freud como sendo uma neuropsicologia vista pelo seguinte ponto. As constantes manifestações das expectativas freudianas sobre uma possível fundamentação neurocientífica da psicanálise representam um sincronismo que comprova a continuidade desse esboço inicial, dizendo respeito a uma distinção funcional, e não mais fundamental, entre o psíquico e o cerebral.

O desenvolvimento explosivo das neurociências desde as últimas décadas do século XX abriu caminho para a descoberta e a renovação do interesse pela obra neurológica e psicanalítica de Freud fora da psicanálise e originou um esforço de integração e de inclusão da psicanálise no fluxo principal das ciências contemporâneas da mente (Solms e Solms, 2004; Kandel, 2005; Andrade, 2003). Evidentemente, a avaliação da continuidade entre neurologia e metapsicologia que se pode encontrar nesses estudos tende a ser muito mais positiva (SIMANKE; CAROPRESO, 2011, p. 52).

Segundo esses autores, já são discutidos alguns resultados dessa leitura com o objetivo de avaliar o interesse científico e filosófico do pensamento de Freud, sobretudo quanto a pressupostos e contribuições clínicas e teóricas das reinterpretações neurobiológicas da Psicanálise. Um dos principais escritos teóricos de Freud – *Projeto de uma psicologia científica* – talvez seja o documento mais explícito dos conceitos neuropsicológicos deixados por ele. Foi utilizado repetidamente como uma tentativa de construir uma psicologia empírica expressa numa linguagem metaforicamente neurológica, consistindo em uma espécie de “manual de neurologia fantástica”, ou seja, a metáfora psicológica de Sigmund Freud. Essa ideia foi salientada no final dos anos 1960 por Mannoni (2002 apud SIMANKE; CAROPRESO, 2011) e repetida constantemente por outros autores desde então.

Um forte indício a favor da postulação de Gill (1976 apud SIMANKE; CAROPRESO, 2011) bem como a de outros autores – a respeito de que metapsicologia freudiana é, em última instância, da neurologia ou biologia – é que tais formulações metapsicológicas surgem em um trabalho que pertence inequivocamente à obra neurológica de Freud, em *Sobre a afasia: distúrbios neurológicos de fala e linguagem*.

Conforme Kandel (1999), a psicanálise tem o melhor modelo de mente dentre os existentes, tendo alcançado *insights* brilhantes sobre o funcionamento psíquico, como amnésia infantil, funcionamento inconsciente e impulsos irracionais. Ainda para esse autor (Kandel, 2012), Freud, se ainda fosse vivo, adoraria as neurociências, mas seus sucessores não mantiveram seu espírito científico investigativo e seguiram pouco férteis na produção e verificação de novas ideias (PINHEIRO; HERZOG, 2017, p. 42).

Conforme Davidovich e Winograd (2010), Kandel e Solms admitem que o ambiente reservado e discreto do encontro clínico, bem como a confiança do analisando em seu analista, sem dúvida são essenciais para que o sujeito fale de si. Todavia, segundo os autores, teria chegado a hora de a neurociência da atualidade fornecer bases empíricas e conceituais que poderão tornar a Psicanálise mais científica.

3.3 ESTRUTURA DO CÉREBRO TRINO

A Teoria do Cérebro Trino foi desenvolvida nos anos 1970 pelo neurocientista Paul D. MacLean, que propôs a seguinte estrutura cerebral: neocórtex, límbico e reptiliano. Ele foi seguido por muitos outros autores, conforme veremos a seguir.

Silva Filho (2003) menciona dois pesquisadores que defenderam a existência de mais de um tipo de cérebro: o psicanalista Soussumi, que realizou vários estudos sobre a integração entre as neurociências e a psicanálise, pontuando a existência de três tipos de memória; e Koestler, que apresenta um pensamento semelhante ao das três formas de consciência, referindo-se aos “três cérebros” do ser humano.

O cérebro reptiliano (ou Complexo-R) é a parte mais primitiva do cérebro humano. Os cientistas o denominam “reptiliano” porque a mesma constituição cerebral é encontrada nos répteis.

Segundo MacLean, passou por três estágios evolutivos: reptílico, paleomamífero e neomamífero. Nas suas palavras: “daí resulta a ligação extraordinária dos três tipos de cérebro, radicalmente diferentes em química e estrutura e cuja distância, no sentido evolutivo, avança pelos séculos. Existe aí, por assim dizer, uma hierarquia de três-cérebros-num-só, ou aquilo que eu abrevio como cérebro trino” (MacLean apud LEDOUX, 2011, p. 84).

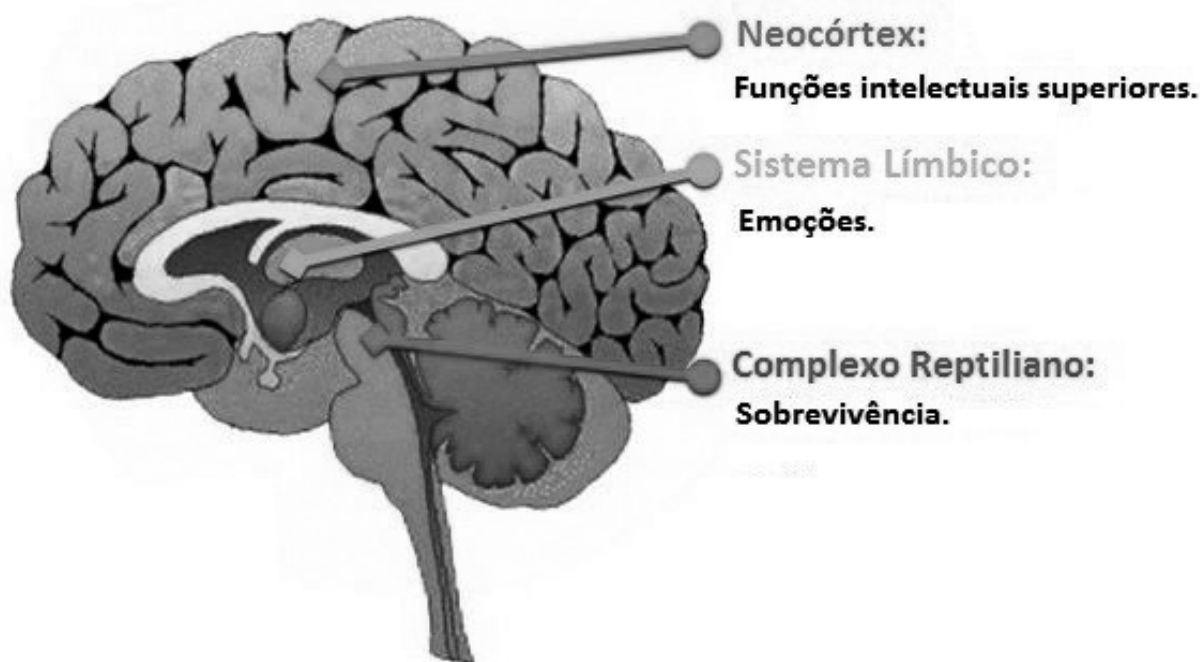


Figura 3: Cérebro trino
Fonte: Lascani, 2020.

Esse cérebro, apesar de ser uma parte pequena em comparação com o neocórtex (que representa 85% do cérebro físico), parece ser o maior responsável pelo que acontece no corpo (e mente) bem como na relação com o meio ambiente e as demais pessoas, no dia a dia, uma vez que ele é irracional e inconsciente, restando muito pouco para as outras partes que formam o cérebro mais evoluído.

Embora este cérebro de produção mais recente ocupe o volume de 85% do total encefálico, os pequenos cérebros ancestrais (reptiliano e emocional) dominam o racional nos momentos (críticos da vida e das decisões) por uma questão óbvia de serem capazes de fazer escolhas rápidas para a garantia da sobrevivência do organismo e da perpetuação da espécie (Villeneuve, 2016 apud GARBINATO JUNIOR, 2018, p. 14).

Assim, está relacionado também ao comportamento automático, repetitivo, instintivo e imitativo. Com base nesses teóricos, é possível classificar três emoções básicas diretamente responsáveis pela sobrevivência do indivíduo: agressão, medo e prazer. As demais, como raiva, tristeza e alegria, se dariam no nível do cérebro límbico.

Trazendo as clássicas descrições do Id para o campo neurobiológico, pode-se considerar que essa instância psíquica estaria voltada basicamente para os processos vitais mais primitivos, como a conservação da vida (beber e comer), a defesa da vida ou do território (ataque e agressão), a propagação da vida (reprodução) e com a obtenção de prazer. (...) (sic) Obviamente, todas essas estruturas não atuam isoladamente, mas sofrem constantemente influências modulatórias, principalmente por parte do córtex pré-frontal. Em geral, um aumento da atividade de sinapses serotoninérgicas inibe a agressão. Por essa razão, alguns clínicos têm usado drogas serotoninérgicas para tratar comportamentos violentos em humanos. Estudos sugeriram que o álcool pode estimular a agressão, interferindo de forma inibitória na função do córtex pré-frontal, que tem função modulatória sobre o comportamento. (...) Passemos, agora, do controle do comportamento reprodutivo ao prazer. Ao falar do Id, não se poderia esquecer que essa instância psíquica é regida pelo princípio do prazer. (...) Assim, todo comportamento que produz uma resposta emocional positiva é reforçado, ou seja, ocorrem alterações em determinados circuitos neurais que promovem a repetição do comportamento. (...) Esse sistema está relacionado aos estados motivacionais, os quais instigam comportamentos que visam à satisfação das necessidades biológicas, como beber, comer e copular. Substâncias estimulantes e que causam dependência, como cocaína e anfetamina, atuam nesse circuito, causando um aumento na liberação de dopamina no núcleo *accumbens*, o que, por sua vez, leva a uma grande sensação de prazer. (...) O núcleo *accumbens* como o sistema de busca de prazer por excelência, em que a excitação dopaminérgica pode conduzir a quadros de fixação e de adicção, correspondendo, segundo sua interpretação, ao que Freud denomina como “sistema de luxúria” (LIMA, 2010, p. 283-284 apud GARBINATO JUNIOR, 2018, p. 26-27).

Esse cérebro é importante porque, assim como um computador, grava todas as reações instintivas que a pessoa deve tomar no cotidiano, sem necessariamente precisar pensar a respeito. Imagine ter de pensar toda vez que tiver de realizar atividades repetitivas do dia a dia, como trocar a marcha enquanto dirige, por exemplo. Ao final do dia você estaria completamente exausto. É aí que o reptiliano entra em ação, sendo responsável também pela sobrevivência. Em momentos de perigo, ele impede que se pense muito e morra – como virar o volante rapidamente para a esquerda a fim de livrar-se do caminhão que vem a sua frente. “O reptiliano sensitivo-sensorial [é] incapaz de armazenar a experiência” (SILVA FILHO, 2003).

Especialistas em *marketing* agarraram-se às implicações da pesquisa de percepção subliminar, esperando influenciar sub-repticiamente os consumidores a adquirirem produtos. Um cinema em Nova Jersey, por exemplo, submetia as plateias a *flashes* rápidos da frase “Beba Coca-Cola” ou “Coma Pipoca”, com o objetivo de estimular a ida à lanchonete (LEDOUX, 2011, p. 49).

Contudo, o cérebro reptiliano não deve ser dono da mente do indivíduo o tempo todo, pois é paranoico por natureza, já que, para ele, tudo representa ameaça ou prazer. Na verdade, ele passa o dia inteiro rastreando e examinando ao seu redor em busca de alguma ameaça ou prazer em potencial. Exemplo disso é quando tudo – situações, objetos, pessoas, outros seres vivos, ideias (diferentes das suas), crenças (que não sejam as suas) – passa a ser uma ameaça, levando o indivíduo a comportamentos viciosos e destrutivos, ao liberar uma substância que congela a ação, principalmente do cérebro pensante. Com isso, pessoas tomam decisões baseadas apenas na busca pelo prazer ou na fuga do medo. E já se pode ver essa tendência no consumismo, pois a maioria dos produtos que se vende é para suprir uma dessas duas necessidades. “Insistimos em defender a ideia de que o Id (cérebro réptil) quer (deseja) o carro agora (pois vê o contexto operacional) e nada mais importa” (GARBINATO JUNIOR, 2018, p. 29).

E para ser livre, feliz e escapar dessa programação, só mesmo havendo um ato de conscientização e transmutação, o qual se dá por meio do autoconhecimento. Pessoas dominadas pelo reptiliano são egoístas,

territoriais e frias. Por conta da função principal (garantir a sobrevivência), o cérebro reptiliano às vezes assume comportamentos extremamente irritantes como: ater-se a picuinhas antes de tomar conhecimento de um assunto por inteiro, isto é, travar em alguma parte ou frase irrelevante, exigindo explicações. Evita-se, assim, tomar conhecimento do assunto, já que a principal função é proteger seu dono das “ameaças” de novas ideias e, com isso, evitando também que tenha de usar as partes mais evoluídas do cérebro (emocional e racional), com base em LeDoux (2011).

Ainda de acordo com o autor, no cérebro existe também uma área conhecida como sistema límbico. Essa unidade é responsável basicamente pelas emoções e comportamentos sociais. É a nomenclatura atribuída às estruturas cerebrais que coordenam o comportamento emocional, os impulsos motivacionais e de prazer. Por se tratar de um sistema, é composto por várias estruturas localizadas na base do cérebro, sendo responsável pelas nossas respostas emocionais. Podemos vê-lo em ação, por exemplo, quando nosso cão abana freneticamente a cauda por nos ver voltar do trabalho ou quando, ao assistir uma partida de futebol, gritamos desesperadamente com uma televisão por causa de um “pênalti claro” não dado pelo juiz.

Esse conceito extraordinário explicava a vida emocional como uma rede que evoluíra no cérebro para promover as funções necessárias à sobrevivência do indivíduo e da espécie. A teoria do sistema límbico reivindicava nada menos do que a descoberta da origem física do id freudiano (LEDOUX, 2011, p. 62).

Garcia (2013) avalia que é essa parte do cérebro a responsável por associar os sentimentos às memórias positivas ou negativas. Segundo o autor, enquanto o cérebro reptiliano nos afasta automaticamente de estímulos negativos – e nos aproxima de estímulos positivos que vêm programados instintivamente –, o límbico dá-nos emoções, a fim de que possamos desenvolver rapidamente uma resposta apropriada a uma nova situação que possamos encontrar. Por exemplo: imagine que, ao andar pela rua, você ouve um estrondo um pouco mais alto que o estouro de um balão. Se você só tivesse o cérebro reptiliano, sempre que ouvisse um estouro semelhante se assustaria e provavelmente fugiria dali o mais rápido possível. Com o

cérebro límbico, sua reação poderia ser diferente, dependendo do que acontecer a seguir ao estouro do balão. Se, em sua memória, sempre que um balão estourava era porque você estava em uma festa de aniversário e alguém lhe entregava uma nota de cinquenta reais (memória positiva), você ficaria muito contente (emoção positiva), o que faria mudar o seu comportamento na próxima vez que um balão, mesmo que na rua, estourasse.

Se o sistema límbico é o sistema das emoções, estudos mostrando que áreas do cérebro estão vinculadas com a emoção deveriam esclarecer onde se situa o sistema límbico. Esse tipo de dedução é secundário. A teoria do sistema límbico objetivava mostrar a localização das emoções no cérebro com base num certo conhecimento da evolução da estrutura cerebral (LEDOUX, 2011, p. 86-87).

Ainda de acordo com Garcia (2013), as emoções são ferramentas nas quais nos apoiamos para decidir o que fazer em dada situação, sem dependermos 100% da resposta física automática e inconsciente do cérebro reptiliano. Evitamos pessoas que nos magoam, ficamos enojados por comidas que nos deixam doentes, expressamos gratidão por quem ajuda e nos sentimos confiantes quando fazemos coisas que sabemos fazer muito bem. Na verdade, o límbico é uma espécie de “fábrica de químicas”, visto que as emoções são um composto químico que acontece no cérebro e na corrente sanguínea.

O problema é que muitas emoções que ficam programadas no cérebro límbico não refletem a realidade. Da mesma forma que acontece com o reptiliano, devem-se racionalizar muitos sentimentos. Por exemplo: o medo produz adrenalina e a libera para elevar o sentido de vigília e, assim, lhe deixar mais preparado para enfrentar uma situação inesperada ou perigosa – mas, se em algumas dessas situações que não condizem com a realidade, ela for acionada, suas atitudes serão de acordo com as fantasias criadas. “A adrenalina pode exercer sua ação indireta sobre o cérebro. Estímulos associados ao perigo ativam a amígdala” (LEDOUX, 2011, p. 181).

O neocórtex, camada mais externa e evoluída do cérebro, típica dos mamíferos superiores e do homem, está ligado à racionalidade, à linguagem conceitual, verbal e simbólica. Recebe o nome de “cérebro inteligente” porque seus neurônios altamente especializados possibilitam a realização de

várias tarefas simultâneas. O neocórtex ocupa o maior espaço, sendo o responsável pela linguagem, incluindo a fala e a escrita. O pensamento lógico e organizado é possível graças ao neocórtex. “A psicoterapia é interpretada como um processo por meio do qual nosso neocórtex aprende a exercer o controle sobre sistemas emocionais ancestrais, do ponto de vista evolutivo” (LEDOUX, 2011, p. 18). Dentro do neocórtex existem duas áreas, cada qual com sua função: uma é responsável pelo movimento voluntário e a outra, pelos processos de informação sensorial. É nele que se processam as chamadas funções cognitivas superiores, como a nossa capacidade de planejamento, reflexão, raciocínio lógico-matemático, escrita, leitura, expressão artística e, é claro, a criatividade.

Conforme Luria (1981), existe ainda um sistema capaz de influenciar o sistema nervoso central (SNC), com o controle da atividade elétrica cortical, sendo o responsável pela recepção, análise e armazenamento das informações bem como pela regulação do sono e da vigília. Segundo o autor, a principal função desse sistema ativador reticular ascendente (sara) não é a “comunicação com o mundo exterior (a recepção e a análise das informações, a programação de ações), mas, sim, a regulação do estado geral, a modificação do tono e o controle das inclinações e emoções” (LURIA, 1981, p. 42-43).

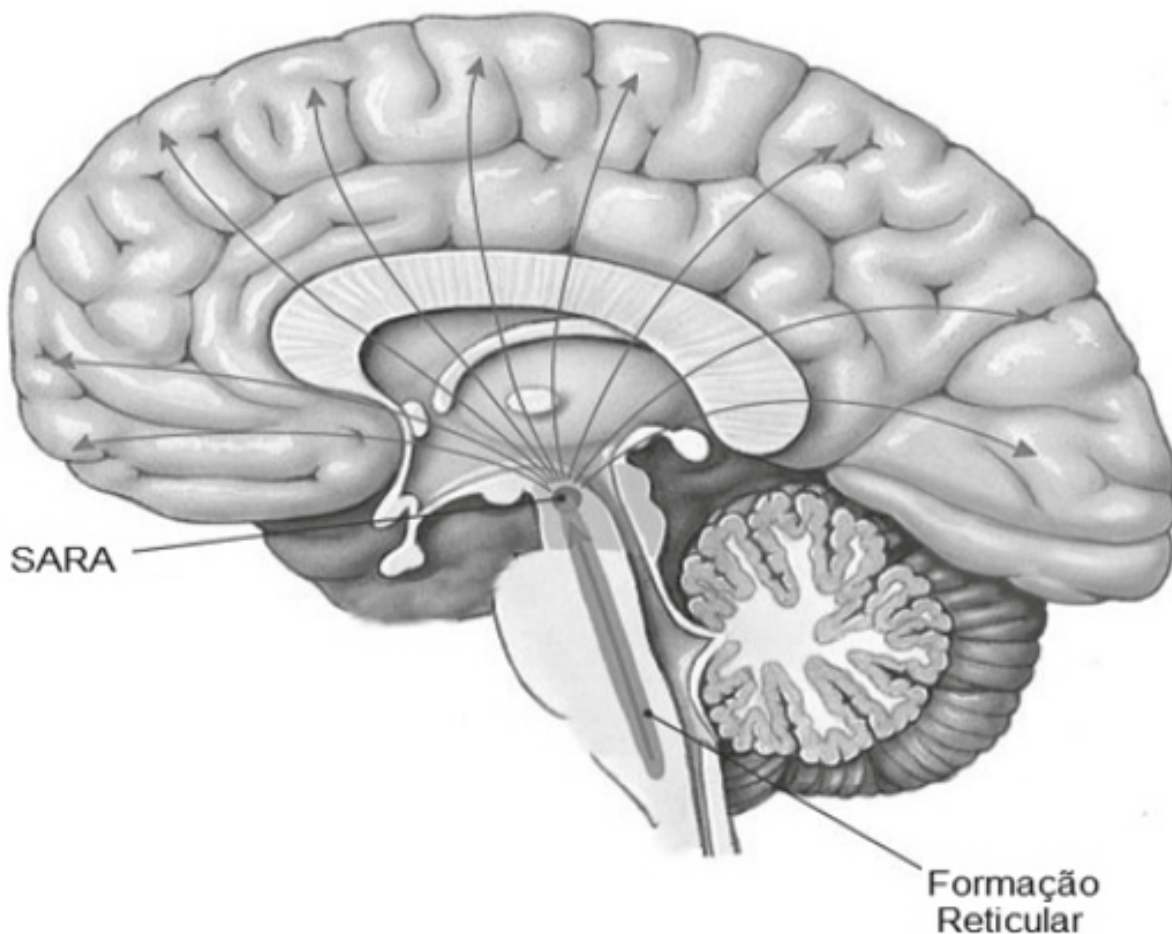


Figura 4: Sistema ativador reticular
Fonte: ABC da Medicina, 2020.

Ainda de acordo com Luria (1981), o sara ocupa uma pequena parte do cérebro, ficando responsável pela filtragem das informações que processamos. Trata-se de um conceito da neurociência. Esse sistema realiza a conexão entre o tronco cerebral, os órgãos sensoriais e o sistema límbico, auxiliando a regulação da atividade e da consciência no córtex do cérebro pensante.

De acordo com Brandão (1995), a formação reticular localizada no tronco cerebral é responsável pela regulação do estado de alerta (tenacidade) e subsidia o processo atencional. As informações providas dos receptores sensoriais passam pela formação reticular de onde ascendem fibras para estruturas diencefálicas e corticais. A formação reticular torna-se, assim, uma estrutura mediadora entre os estímulos externos e o mundo interno, pois através de mecanismos reguladores, como a atenção, seleciona os estímulos e permite uma interação com o meio. As projeções do chamado sistema ativador reticular ascendente (sara) do tronco cerebral possibilitam a ativação cortical, a manutenção do alerta e a escolha das respostas

comportamentais. Acredita-se que esse processo seja mediado neuroquimicamente por neurônios dopaminérgicos provenientes do núcleo A10 dessa região (LIMA, 2005, p. 117).

De acordo com o autor, esse sistema só permite a entrada de informações que forem indicadas como importantes e aquelas que já são “clientes” habituais advindas da infância, quando não se tem filtros para selecionar. Um exemplo dessas informações indicadas é: quando se deseja muito comprar um carro novo da marca x, modelo y, o sara é solicitado para estar atento a isso, e de repente o indivíduo começa a ver inúmeros carros iguais ao que deseja. Outro exemplo é quando se está grávida ou acabou de ter filhos e, repentinamente, passa a ver gestantes e bebês por todos os lados. Isso não significa que há mais carros, grávidas ou bebês no mundo. É o cérebro que ficou mais atento e seletivo para ver essas informações.

Kolb e Whishaw definem a formação reticular como uma mistura de neurônios e fibras nervosas que conferem a essa estrutura a aparência mosqueada da qual se originou esse nome, à semelhança de uma pilha de fichas de jogo vista de lado, com cada ficha tendo uma função especial no estímulo do cérebro, como o despertar do sono e a estimulação comportamental. Para outros autores, a formação reticular recebe também a denominação de sistema ativador reticular ascendente – sara (MENESES, 2015, p. 124).

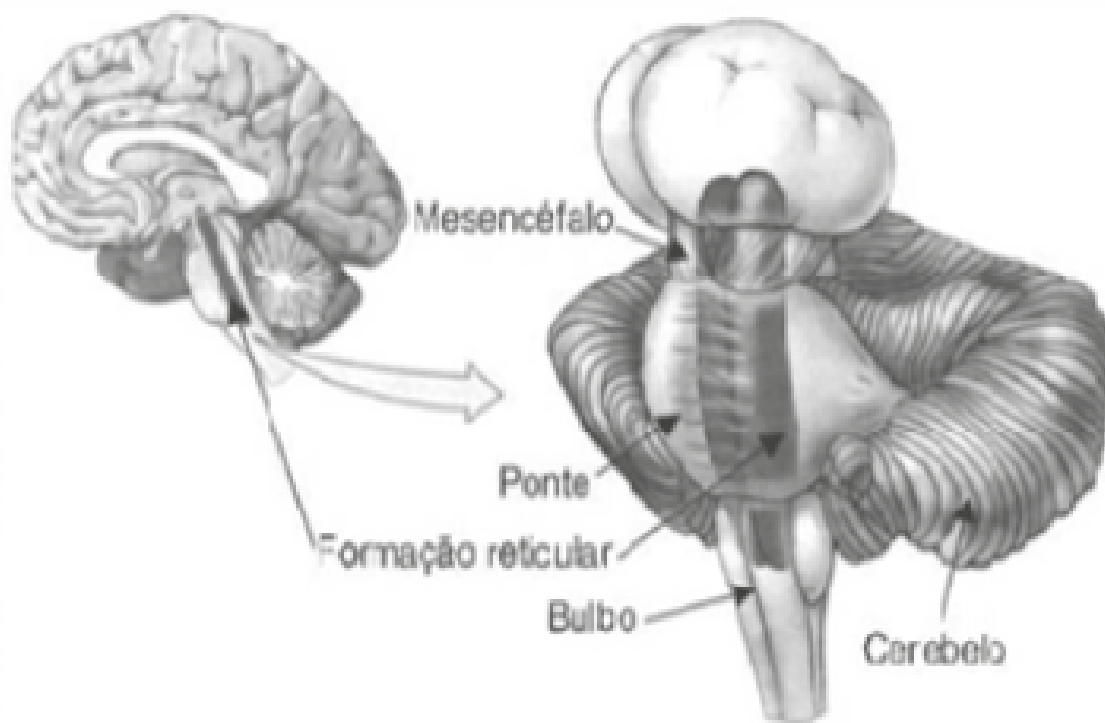


Figura 5: Vias do sistema reticular

Com base nesses autores, compreende-se que a base teórica, vista pela ótica científica, é a seguinte. Quando os indivíduos são bombardeados – mesmo sem prestar atenção, inclusive dormindo –, um grupo de imagens ou situações cuidadosamente escolhidas ajuda a programar o sistema ativador reticular ascendente, fazendo isso consciente ou inconscientemente. E à medida que se olha para tais imagens, busca-se no interior de si uma solução, ideias e possibilidades que levem o indivíduo a chegar mais perto dos objetivos a cada dia. Daí pode-se afirmar que a lei da atração nada mais é do que o sistema de ativação reticular, conhecido como “sara”, em ação. Você foca naquilo que quer atrair, e esse mecanismo do cérebro natural passa a buscar as referências relevantes à instrução dada.

Uma das descobertas mais importantes e, ao mesmo tempo, mais surpreendentes da Neurobiologia moderna é que a atividade elétrica do córtex cerebral, de que dependem os vários níveis de consciência, é regulada basicamente pela formação reticular do tronco do encéfalo (MENESES, 2015, p. 129).

É por isso que, de uma hora para outra, as pessoas começam a achar que estão experimentando uma grande quantidade de coincidências, notam coisas nas quais antes não reparavam e, então, consideram isso algo mágico, atribuído à lei da atração, quando na verdade nada mais é do que um mecanismo inerente ao cérebro, de acordo com os teóricos mencionados.

Como mostram as neuroimagens, basta imaginar um gesto para que as áreas cerebrais correspondentes ao ato se ativem, como se o ato estivesse sendo praticado. Quando relembramos uma cena, o córtex visual se ativa como se estivéssemos vendo a cena na realidade. Há, portanto, uma ligação estrutural e funcional entre as áreas cerebrais do pensamento e as áreas dos movimentos corporais, entre as simulações mentais e a execução motora dos atos imaginados, entre o automatismo e a conscientização, nova evidência do *continuum* corpo-mente (MELLO-FILHO, 2010, p. 518).

Não importa qual seja a situação, isso funciona para todos os aspectos da vida e em relação a tudo em que se possa pensar, de acordo com Mello-Filho (2010). Talvez alguém já tenha passado pela experiência de conhecer uma pessoa pela primeira vez e dizer que não gostou dela, sem mesmo se relacionar ou trocar uma palavra sequer. É o sara que identificou alguma imagem desagradável já conhecida e mandou um recado de alerta – o qual,

se não for elaborado, à medida que for se relacionando mais com essa pessoa, conseguirá enxergar os defeitos. Por isso é preciso estar muito atento e tomar cuidado com os recados que são enviados ao seu sara.

Muitos experimentos recentes (Olds, 1958; MacLean, 1959; Miller, 1966; Bekhtereva, 1971) mostram conclusivamente núcleos altamente específicos da formação reticular, cuja estimulação pode levar ou à ativação ou a bloqueio de várias formas complexas de comportamento instintivo (LURIA, 1981, p. 37).

Daí a importância de visualizar sempre a vida de forma positiva, e não negativa, pois os impulsos ocorrem de forma instintiva. Pense sempre no sucesso e na família que deseja e, quando menos perceber, impulsionado pelo mecanismo do cérebro, você estará caminhando em direção ao desejado. Por isso, “cuidado com aquilo que deseja, pois certamente lhe será concedido”, como já disse a escritora Marion Zimmer Bradley.⁶

6 Marion Eleanor Zimmer Bradley (1930-1999) foi uma escritora americana de fantasia e ficção científica. É autora da aclamada série *As brumas de Avalon*, romance integrante do *Ciclo de Avalon* e vencedor do Locus Award na categoria Melhor Romance de Fantasia. Suas demais obras já lhe renderam indicações aos prêmios Hugo e Nebula.

Um dos estudos mais frequentes citados para apoiar esse conceito foi realizado com um grupo de jogadores de basquete. Os jogadores foram divididos em três equipes, e os jogadores de cada equipe foram testados em suas habilidades de fazer arremesso livre. As equipes foram então separadas por um tempo e cada uma recebeu instruções que, disseram a elas, melhorariam suas habilidades. Uma equipe foi orientada a treinar diariamente para fazer cestas. A segunda equipe foi instruída para não treinar durante esse tempo nem pensar em basquete. A terceira equipe também foi instruída a não treinar durante esse tempo, mas os membros foram aconselhados a passar o tempo de treino diário visualizando em detalhe o processo de fazer cestas. No fim do experimento, os grupos foram testados novamente. A equipe que descansou teve uma diminuição de habilidade. A equipe que treinou mostrou um aumento marcante na habilidade. A equipe que não treinou, mas visualizou o processo de fazer cestas, exibiu um aumento na habilidade quase igual àquele dos que praticaram diariamente (HILL, 2018, p. 73-74).

De acordo com Hill (2018), o inconsciente não sabe a diferença entre impulsos de pensamentos positivos e negativos. Ele trabalha com o que tem, ou seja, com o material que lhe foi fornecido através dos pensamentos. Assim, o inconsciente interpreta como realidade um pensamento atormentado pelo medo com a mesma crença e valores que serão usados para uma realidade do pensamento impulsionado pela coragem ou pela fé. Enfim, você

precisa de forma consciente cuidar dos seus pensamentos que vão para o sara.

EXERCÍCIOS SIMPLES PARA TREINAR O SARA

1 - Gratidão matinal

Todos os dias pela manhã, faça um breve momento de agradecimento por três coisas boas que aconteceram a você no dia anterior. Isso vai gerar uma memória positiva.

2 - Alarme da gratidão

Programe o alarme do seu celular para que desperte três vezes ao dia. Quando o alarme tocar, perceba o que está fazendo no momento e imediatamente veja o lado bom dessa tarefa, mesmo que ela não seja tão boa.

3 - Visualize seu quadro de objetivos

Faça um quadro ou mural de vida extraordinária que você quer e visualize todos os dias. O sara vai ser ativado de forma positiva, o que lhe ajudará a concretizar seus objetivos.

4

COMO IDENTIFICAR AS CAUSAS DOS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

Doenças são palavras não ditas.

JACQUES LACAN

A alma é a causa eficiente e o princípio organizador do corpo vivente.

ARISTÓTELES

As doenças são os resultados não só dos nossos atos, mas também dos
nossos pensamentos.

MAHATMA GANDHI

Reich (1998) postulou que o inconsciente de cada indivíduo se reflete no corpo e que o material psíquico reprimido implica no bloqueio energético dos neurotransmissores biológicos, espalhados com o propósito de circular toda informação, podendo até gerar mudanças fisiológicas – como tensões musculares – e culminar em somatizações cada vez mais complexas. Com base nesse autor, pode-se afirmar que as principais causas são o material reprimido no inconsciente e as dores ou feridas vivenciadas desde a vida intrauterina do indivíduo.

Paralelamente, ainda conforme Reich (1998), a aparência corporal pode ser o reflexo das experiências psíquicas vividas durante a vida – isto é, quanto mais um conteúdo é mantido no inconsciente, maior o grau de somatização no corpo. Em suas análises, realizadas em clientes atendidos

por ele e seus discípulos, foram identificadas várias regiões corpóreas estatisticamente predominantes, nas quais as dores psíquicas específicas vivenciadas, em cada fase da vida do indivíduo, tendiam a ter sua energia liberada como informação retida, em sua circulação no corpo e em direção ao consciente. Desse modo, é possível afirmar que há um diálogo entre os aspectos físicos e psíquicos, com a intenção de manifestar os conteúdos inconscientes trazendo-os à tona – comumente, são lembranças carregadas das emoções relacionadas a cada período do desenvolvimento psíquico infantil.

Kandel (2009) contextualiza que alguns detalhes sobre os neurônios e implicações na fisiologia ainda não haviam sido formulados, tendo Freud abandonado as pesquisas sobre os neurônios e suas conexões. No entanto, ele acreditava nos avanços da neurobiologia, inclusive tentando incorporar algumas das ideias sobre os neurônios de Ramón y Cajal, em um manuscrito não publicado, depois de haver descoberto o significado do inconsciente e começado a utilizar a Psicanálise no tratamento dos clientes. Embora Freud tenha se dedicado totalmente à Psicanálise, os experimentos realizados durante a juventude tiveram influência em seu pensamento e no desenvolvimento da área. Robert Holt, um psicólogo fortemente atraído pela Psicanálise, expressou isso com as seguintes palavras: Freud parece ter sofrido uma profunda mudança, deixando de ser um pesquisador da neuroanatomia, embora um neurologista clínico, mas que fazia experiências psicoterápicas, tornando-se, finalmente, o primeiro psicanalista. Entretanto, seríamos psicólogos negligentes se achássemos que esse desenvolvimento não contivesse tanto continuidade quanto suspensão, em graus semelhantes. Nessa perspectiva, segundo Holt (apud KANDEL, 2009), os vinte anos de estudos e investimentos de Freud, que fora apaixonado pelo funcionamento do sistema nervoso, não foram simplesmente jogados fora pela decisão de trabalhar com um modelo puramente abstrato, hipotético.

Em 1895, Freud redigiu o seu importantíssimo e vigente trabalho *Projeto de uma psicologia científica para neurólogos*, o qual somente veio a ser descoberto muitos anos mais tarde entre escritos abandonados de Freud e publicado em 1950. É interessante assinalar que, no mesmo ano de 1895, o cientista Waelder descobriu o neurônio, o que se ajustava exatamente ao que Freud estava cogitando sobre as catexias ativadas por estímulos endógenos que são

conduzidas por células diferenciadas dos neurônios, como seriam as “perceptivo-sensoriais”, as “perceptivas do consciente” e as encarregadas do “registro da memória”. Este trabalho de Freud representa a tentativa mais radical de entendimento dos fatos psicológicos em termos de neurologia (circuitos neuronais) e de física (quantidades energéticas que se regem pelas leis do movimento; neurônios carregados ou descarregados de energia, barreiras que se opõem ou não à circulação energética etc. (ZIMERMAN, 2007, p. 44).

Damásio (2011) distingue “emoção” de “sentimento”, à luz da neurobiologia atual. Assim, na definição desse autor, emoções são programas de ações na grande maioria automatizados. As ações são integradas por um programa cognitivo que inclui pensamentos, ideias e modos de cognição, porém o mundo das emoções é composto por ações executadas no corpo, ou seja, apresentadas desde as expressões faciais, posturais até as mudanças nas vísceras e intestinos. Por outro lado, prossegue o pesquisador, os sentimentos emocionais já são as percepções compostas por tudo aquilo que acontece no corpo e na mente, desde uma alteração no batimento cardíaco provocada por estresse até as mais severas enfermidades causadas por algum estado emocional. Nessa concepção, a diferença geral entre emoção e sentimento é bastante clara. Enquanto as emoções compõem as ações acompanhadas por pensamentos e ideias, os sentimentos são as percepções daquilo que o corpo manifesta ou faz durante um estado emocional.

Emoções ocorrem quando imagens processadas no cérebro põem em ação regiões desencadeadoras de emoção, por exemplo, a amígdala ou regiões especiais do córtex do lobo frontal. Quando qualquer uma dessas regiões desencadeadoras é ativada, certas consequências sobrevêm: moléculas químicas são secretadas por glândulas endócrinas e por núcleos subcorticais e liberadas no cérebro e no corpo (por exemplo, o cortisol no caso do medo), certas ações são executadas (por exemplo, fugir ou imobilizar-se, contrair o intestino, também em caso de medo), e certas expressões são assumidas (por exemplo, uma expressão facial ou postura de terror). É importante, pelo menos nos humanos, o fato de que certas ideias e planos também vêm à mente. Por exemplo, uma emoção negativa como a tristeza leva à evocação de pensamentos sobre fatos negativos; uma emoção positiva causa o oposto; os planos de ação representados na nossa mente também condizem com o sinal geral da emoção (DAMÁSIO, 2011, p. 140-141).

Um exemplo é a amígdala, parte do cérebro que funciona como alarme de perigo frente a uma situação que remete ao medo, liberando uma quantidade de adrenalina no corpo. Assim, diante de um estado emocional de medo, o corpo reage sentindo todas as sensações, como palpitação, por exemplo.

Talvez seja com base nesses contextos que Kandel (2009) explica que enfermidades como hipertensão, asma, úlceras gástricas e colite ulcerativa passaram a ser conceituadas como psicossomáticas (doenças no corpo causadas por estados emocionais), ou seja, como doenças induzidas por conflitos emocionais de forma inconsciente. Assim, nessa perspectiva, por volta de 1960, a teoria psicanalítica torna-se um modelo para compreender todas as doenças, sejam elas mentais ou físicas, em especial para os psiquiatras das costas leste e oeste dos Estados Unidos.

Veremos a seguir como identificar as consequências dos bloqueios e vícios emocionais de uma pessoa por meio das possíveis doenças, pela aparência física e por meio da linguagem utilizada pelo indivíduo.

4.1 NAS POSSÍVEIS DOENÇAS

4.1.1 Caráter esquizoide ou escapista

Pode desencadear algumas enfermidades e doenças que serão detalhadas a seguir. Manifestam-se em face do estado emocional de quem tem esse caráter e são causadas pelo sentimento de rejeição.

4.1.1.1 Diarreia

Trata-se da rejeição da comida antes que os nutrientes tenham sido assimilados corretamente – assim como o indivíduo com caráter esquizoide ou escapista rejeita a si próprio, rejeita uma situação que poderia ser benéfica para sua vida ou se sente rejeitado. Segundo Valcapelli e Gasparetto (2001), é um impulso na tentativa de desprender-se das situações desagradáveis ou das interferências energéticas. Essa ação revela uma falta de habilidade nas transições e desapego, sem a devida elaboração das experiências. Assim, ao serem acometidas por esse mal, as pessoas demonstram que estão sofrendo a dor da rejeição, a ponto de ficarem saturadas. Em seguida, rejeitam de maneira extrema no intuito de eliminar completamente aquilo que se tornou um conflito em sua vida.

Racionalização, segundo Laplanche e Pontalis (1970), é o processo pelo qual o indivíduo procura uma explicação coerente, do ponto de vista lógico, para uma ação ou ideia cujos verdadeiros motivos não se apercebe, por retirar o afeto da situação. É um serviço de censura que a pessoa exerce sobre si mesma frente a situações difíceis. Embora não permita que o paciente perceba de forma adequada sua doença, ainda é um mecanismo que permite a ele cumprir as prescrições feitas pelo médico, sendo por isso menos prejudicial que a negação. Como as emoções desagradáveis referentes à doença não são admitidas, elas não têm condições de ser elaboradas, o que muitas vezes faz com que surjam fenômenos substitutivos como insônia, diarreia ou outros quaisquer sintomas psicossomáticos (MELLO-FILHO, 2010, p. 60).

Assim, com base em Mello-Filho (2010), deduz-se que, quando o indivíduo não consegue lidar com as emoções ou admitir que esteja com seu emocional afetado, a diarreia ocorre em uma ordem psicossomática (doenças causadas pelo emocional), não tendo sido causada por algum alimento nem por problemas de origem física.

4.1.1.2 Arritmia

Trata-se de uma irregularidade no ritmo dos batimentos cardíacos, com alterações e palpitações, dando ao indivíduo a impressão de que o coração quer sair do peito ou se partir. Representa outra maneira de querer escapar de uma situação penosa.

Queremos dizer que a existência de hipertensão arterial, coronariopatia ou arritmias, mesmo causadas por agentes orgânicos, podem estar sendo “aproveitadas” para a sinalização e/ou enfrentamento de angústias ou conflitos emocionais (MELLO-FILHO, 2010, p. 329).

Desse modo, conforme o autor, mesmo quando uma arritmia é causada por um problema físico ou orgânico, há como pano de fundo algum contexto emocional comum àquele que apresenta um tipo de caráter esquizoide ou escapista.

4.1.1.3 Câncer

É uma doença que pode se desenvolver por conta da ferida de rejeição, uma condição normal para um esquizoide, fruto de um sentimento de ódio ou mágoa de forma inconsciente contra aquele que, segundo ele, o fez sofrer na infância. Também por sentir muita dificuldade em perdoar-se, por ter

detestado seu pai ou sua mãe, relutando para não ver ou não saber que os renegou ou que ainda renega. O desenvolvimento dessa doença está muito associado ao rancor ou ao ódio em decorrência de uma dor vivida no isolamento, conforme Valcapelli e Gasparetto (2005).

Le Shan (1994) em seu longo estudo e acompanhamento de pacientes com câncer diz: “Todos os pacientes de câncer que observei em minha vida – mais de 500 – pareciam ter mais emoções do que energia para expressá-las. Todos davam a impressão de possuir maior energia emocional do que formas para manifestá-las... Entretanto, isso não acontecia nos indivíduos do grupo controle, que não tinham câncer. Na verdade, entre os pacientes do grupo controle, era comum terem mais exigências do que a energia necessária para atendê-las. A ausência de formas de expressão para a energia emocional e a incapacidade para manifestá-las afetavam os pacientes de câncer de duas maneiras. Primeiro, como vimos anteriormente, estes indivíduos eram incapazes de dar vazão a seus sentimentos, de deixar que os demais soubessem quando estavam magoados, zangados ou hostis... Ficava claro que os pacientes de câncer, nas mais variadas situações, sentiam dificuldade para demonstrar raiva ou agressividade em defesa própria. Segundo: sempre achavam que o outro é que está certo e não protestavam” (MELLO-FILHO, 2010, p. 159).

Uma pessoa que consegue expressar suas emoções e admitir para si que tem problemas afetivos com um dos pais provavelmente não desenvolverá câncer. De acordo com Bourbeau (2017), ele se manifesta naquela que sofreu muito e que culpa, de alguma forma, a si própria. Evita enxergar que detestou o pai ou a mãe algum dia, porque admitir que sente rancor seria, para essa pessoa, como admitir que é alguém muito ruim e sem coração. Ou, ainda pior, seria aceitar que rejeita esse pai/mãe, embora os acuse firmemente de rejeitá-la.

Para exemplificar, citamos o caso de um homem de 45 anos, casado, pai de quatro filhos, criado dentro de uma família tradicional e muito rígida. Era filho de um professor catedrático muito conceituado em sua área, mas o paciente posteriormente revelou ter sérias dificuldades com o pai (MELLO-FILHO, 2010, p. 159).

O esquizoide não se dá o direito de ser criança, pois não acredita no direito de existir, como aponta Bourbeau (2017). Faz então um esforço para amadurecer mentalmente muito rápido, porque julga que assim será menos rejeitado. É por essa razão que parte do seu corpo se assemelha ao de uma criança.

O medo que demonstrava do contato e os aspectos persecutórios que percebíamos no seu comportamento foram, nesse ínterim, empurrando o seu diagnóstico para o polo das personalidades esquizoides. Carla mostrava muito pouca capacidade de *insight*, inclusive por

estar hipocondriacamente preocupada com sua doença, que temia ser um câncer (MELLO-FILHO, 2010, p. 205).

O câncer é, nessa perspectiva, a indicação de que a criança dentro da pessoa sente que não tem o direito de ter sofrido ou se magoado com os pais. Porém, não há nada mais humano do que, em algum momento, até pela simples proibição de algo que se deseja muito, detestar o pai ou a mãe, que segundo o julgamento da própria criança é o(a) responsável pelo seu sofrimento.

4.1.1.4 Problemas respiratórios

Podem afetar o escapista principalmente quando ele entra em pânico, como aponta Bourbeau (2017). A respiração é um meio de comunicação entre os mundos interno e externo. Todos os esquizoides têm a tendência de mergulhar no isolamento, sendo que a respiração é um veículo de contato com o mundo externo, impedindo o indivíduo de se manter afastado do mundo nesse isolamento. Ela representa a integração harmoniosa com o ambiente, composta por duas etapas: inspiração e expiração. A inspiração é a absorção do oxigênio contido no ar, levado às células vermelhas contidas no sangue. É, por esse prisma, o ato por meio do qual os elementos externos penetram no mundo interno do indivíduo. Inspirar refere-se à capacidade de absorver os acontecimentos da vida.

Um senhor aposentado de 59 anos [...] apresentava asma perene, com períodos de exacerbação e provas funcionais respiratórias mostrando acentuadas repercussões fisiopatológicas. Internado, patentearam-se vários problemas emocionais. Sua mulher o traiu com um primo, ao qual agrediu violentamente e depois fugiu. Considerado um empregado exemplar, apesar da asma, tinha, no entanto, crises de fúria quando criticado. Dono de alguns barracos, tinha as crises quando contestado pelos inquilinos. Durante o tratamento, pôde-se mostrar a relação entre as crises de asma e de perfeccionismo (MELLO-FILHO, 2010, p. 314-315).

A expiração é o meio de trazer esse mundo externo para dentro e elaborá-lo, o que, para alguém que quer se esconder do mundo, pode se tornar uma angústia muito grande, dificultando o processo de respiração que promove a eliminação de gases tóxicos e oxidações das células. Expirar é expelir conteúdos provenientes do interior do organismo, ou seja, lançar

para fora os conteúdos do mundo interno. Em outras palavras, quando o indivíduo tem dificuldade de falar sobre os próprios sentimentos, potencializa os problemas respiratórios. Essa atitude está relacionada à capacidade de se expor, deixando fluir os conteúdos interiores. É a livre expressão de si, na acepção de Valcapelli e Gasparetto (2001).

4.1.1.5 Alergias

Refletem a rejeição sentida e estão ligadas a um estado de alerta, de acordo com Valcapelli e Gasparetto (2001). No caso da rinite alérgica, é relacionada a uma pessoa em constante estado de alerta ao que pode acontecer a sua volta – a capacidade para solucionar os prováveis contratempos é negada, colocando os conflitos internos em um nível que sobrepõe seu poder de agir, fazendo-a se sentir impotente diante das situações.

Outras áreas continuaram a ser investigadas na década, como as alergias e a asma, demonstrando-se que, nesta última, influências estressoras agravam os processos responsáveis pela inflamação e constrição das vias aéreas. Observou-se experimentalmente que o estresse influencia a divisão Th1 e Th2 (Wright, 1998; Chung, 2003). As doenças alérgicas como a anafilaxia, a asma alérgica e outras têm seu mecanismo patogênico ligado a determinadas células dos tecidos e seus sucedâneos no sangue, respectivamente os mastócitos e os basófilos. Estas células-alvo das alergias têm suas membranas celulares recobertas por anticorpos da classe Ig e em grandes quantidades nos atópicos (MELLO-FILHO, 2010, p. 177-178).

Ainda de acordo com Mello-Filho (2010), não se pode negligenciar a presença simultânea de fatores de ordem psicológica e física nas alergias. Ele destaca estudos realizados em pacientes alérgicos em geral – com um grupo amostral de 41 pessoas que se submeteram a testes cutâneos e investigação psicológica (entrevistas e testes de personalidade). Detectou-se que, em 75% dos casos, havia presença da necessidade de ambos os fatores para que a sintomatologia asmática aparecesse.

Algumas características de comportamentos intensificam essa vulnerabilidade, provocando no indivíduo a manifestação dos processos alérgicos – atitudes como manter emoções bloqueadas, não expressar o que sente, ficar retraído perante os outros. Para Valcapelli e Gasparetto (2001),

tudo isso potencializa o aparecimento de alergias e asma no âmbito dos processos psicossomáticos, oriundos da insegurança e do medo em relação ao futuro ou ao desfecho de uma situação.

4.1.1.6 Vômitos

Trata-se do esforço realizado para expulsar o alimento que acaba de ser ingerido, caracterizando rejeição a uma pessoa ou situação, conforme Bourbeau (2017). Quem nunca ouviu falas como “eu queria vomitar minha mãe (ou meu pai)”, “você me dá nojo” ou “isso me dá nojo”? Essa é uma maneira de expressar a vontade de rejeitar alguém ou alguma coisa, uma vez que o indivíduo se sente rejeitado. É como se ele dissesse: “vou rejeitar antes que me rejeitem”.

Paciente somático é aquele que descreve ou apresenta uma alteração de sua estrutura anatômica ou de funções fisiológicas. Queixa-se do corpo através de dor, dormência, cansaço, náuseas, vômitos, dispneia, edemas etc. A origem dos sintomas depende de agentes de natureza diversa: agentes orgânicos, psíquicos ou sociais. Se a origem dos sintomas é psíquica, dizemos que o paciente apresenta uma somatização (MELLO-FILHO, 2010, p. 42).

O vômito é aquilo que foi ingerido, mas o estômago rejeita e expelle. Nessa ação, fica relatada a violência da rejeição, a qual o indivíduo se recusa a assimilar por medo de novas situações (ser rejeitado). Logo, pode-se entender o ato de vomitar como relacionado a algo que não se aceita, segundo Valcapelli e Gasparetto (2001). Isso pode ocorrer quando o indivíduo vai fazer algo para o qual não se sente preparado, não querendo aceitar o risco de ser malsucedido; em uma função que considera exigir muito de si; por medo de ser submetido a uma avaliação que representaria, ainda que de forma inconsciente, a possibilidade de ser rejeitado, obrigando-o a sustentar uma imagem criada para si a todo custo. A pessoa se sente, então, ameaçada por ter sido colocada à prova, podendo o vômito representar uma forma de se expor ao mundo do qual deseja se esconder.

Martine, outro neném com o mesmo quadro, tinha pais jovens que, segundo o autor, desejaram intensamente a filha. Diz que ela teve desenvolvimento normal até o aparecimento dos vômitos. Kreisler considera que ela era apática e tinha uma tristeza que ele considerou “desconcertante”, acreditando que seu comportamento, considerado como depressivo, não era causado pela desnutrição aguda, pois a antecedia. Em relação ao meio ambiente onde crescia,

relata que os contatos com a mãe aconteciam apenas durante as refeições e cuidados corporais, e que o restante do tempo ela ficava só em seu berço. Quando começou a chupar o dedo, aos oito meses e meio, foi impedida de fazê-lo com alguma violência, pois mantiveram seus braços amarrados (MELLO-FILHO, 2010, p. 569).

O que fica claro no relato de Mello-Filho (2010) é que a criança sofrera esse quadro oriundo da relação com o meio onde crescia, com poucos contatos com a mãe, apenas durante as refeições ou nos cuidados corporais, expressando nitidamente um processo de rejeição e agressividade, já que a mãe fazia com que Martine passasse todo o restante do tempo no berço, sozinha, o que poderia ter incitado o sentimento de ter sido rejeitada. Kreisler aponta, no estudo clássico de Spitz (1945), que a “depressão anaclítica” está intimamente ligada às primeiras relações com a mãe e à ocorrência de rupturas do vínculo, remetendo assim a criança à dura dor da rejeição.

4.1.1.7 Ausências ou desmaios

São meios encontrados por quem teme passar pela dor da rejeição como forma de escapar de uma situação ou pessoa, no entendimento de Bourbeau (2017). Podem ser usados pelo escapista como fuga.

Uma mulher descreveu seu medo de restaurantes, e o entrevistador perguntou: “O que aconteceria se você fosse a um restaurante?”. A paciente respondeu: “Eu ficaria descontrolada”. Ela esperava que o entrevistador parasse nesse ponto. Ao contrário, ele perguntou: “E o que aconteceria se você se descontrolasse?”. A paciente foi surpreendida e respondeu com aborrecimento: “Eu desmaiaria e teria de ser carregada em uma maca”. O entrevistador continuou: “E daí, se isso acontecesse?”. Agora a paciente sentiu justificada sua raiva e respondeu: “O que você acharia de ser carregado em uma maca?”. O entrevistador respondeu: “Nós dois sabemos que você tem pavor de situações como essa, o que é diferente do desgosto sentido pelos outros em uma situação difícil, e eu gostaria de ajudá-la com isso”. A paciente relaxou, dizendo: “Bem, meu vestido subiria – as pessoas poderiam ver a urticária nas minhas pernas ou poderiam dizer: ‘Olhe para ela; deve estar a caminho do hospício’”. O entrevistador havia descoberto o medo da paciente de ficar louca, bem como a vergonha da sua aparência. Outras explorações revelaram uma mistura de impulsos exibicionistas e agressivos e sua necessidade autopunitiva de ser controlada e humilhada como retaliação a esses impulsos (MACKINNON, 2008, p. 261).

Ainda conforme Bourbeau (2017), o escapista é o tipo de pessoa que inventa todos os motivos para não ficar sozinha em casa, podendo desejar, de repente, ir a um restaurante. Contudo, uma vez lá, sentindo-se rejeitado ou

se rejeitando, quer desmaiar, pois não reconhece aquele ambiente como seu mundo. Na verdade, esse tipo de pessoa quer ser percebida e reconhecida, desejando que todos saibam que ela existe, embora ela própria não acredite no seu direito de existir. É como uma criança que se esconde atrás de um móvel, no momento em que os pais estão com visitas em casa, com o intuito de que todos notem sua ausência e se ponham a procurá-la – mas, mesmo vendo a preocupação geral, ela não deixa o esconderijo e pensa: “não quero que me encontrem”. Isto é, só quer que todos se deem conta de que ela existe, pois não consegue ficar em um ambiente que exige uma exposição. Age, assim, como uma pessoa que não crê no seu direito de existir, que precisa criar situações para tentar provar isso a si mesma.

4.1.1.8 Agorafobia

Segundo Mackinnon (2008), alguns autores fazem distinção entre o medo – uma resposta aos perigos reais conscientes – e a chamada ansiedade neurótica, que são reações aos perigos inconscientes. Freud postulou enfaticamente sobre o que denominou neurose da ansiedade, ataques recorrentes de ansiedade aguda (atual transtorno de pânico), ansiedade antecipatória crônica e fobia. De acordo com as observações dele, os três estados poderiam levar à agorafobia, uma compressão da vida encarregada de evitar a exposição a situações que conduziram à ansiedade.

Ainda conforme Mackinnon (2008), a teoria primária da causa da ansiedade neurótica, postulada por Freud, foi um modelo fisiológico segundo o qual a ansiedade resultava da repressão não descarregada, estando baseado em um processo somático. Em pesquisada realizada, o resultado descrito foi que, durante décadas, determinado grupo estudado simplesmente evitou o contato psiquiátrico – “a entrevista realizada no hospital talvez tenha sido a primeira e a única oportunidade de serem avaliados para personalidade esquizoide ou para agorafobia grave” (MACKINNON, 2008, p. 427). Assim como Bourbeau (2017), o autor concorda que a agorafobia pode ser uma doença psicossomática do caráter esquizoide.

4.1.1.9 Hipoglicemia ou diabetes

Quando o escapista abusa do açúcar, pode cultivar doenças do pâncreas. De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2001), a hipoglicemia espontânea está relacionada a diferentes circunstâncias orgânicas como tumores pancreáticos e choque insulínico. Já esses tumores podem ser ocasionados por sintomas psíquicos, tais como irritabilidade, inquietude, ansiedade, confusão e negativismo, ocasionando apatia e desânimo seguidos de instabilidade emocional. A ansiedade é vista como uma das principais causas da hipoglicemia em pessoas que foram afetadas. O estado do ansioso pode ser resultado dos acontecimentos intensos de rejeição durante a vida. A hipoglicemia tem raiz na mais profunda mágoa e ressentimento nos relacionamentos afetivos do indivíduo, determinados pelas relações familiares registradas dentro de si. O maior receio, nesse caso, sempre foi perder o amor dos entes queridos.

Miriam Burd conseguiu mostrar o quanto de psicossomático é o *diabetes mellitus* e o quanto o DM tipo 1 e o DM tipo 2 se diferem e se aproximam diante da visão da psicossomática [...]. O *diabetes mellitus* é uma doença psicossomática porque se inicia frequentemente numa fase de estresse emocional e sofre a influência de fatores ou de distúrbios somáticos na sua evolução (MELLO-FILHO, 2010, p. 23).

Silva (1994 apud MARCELINO et al., 2005) assegura que as doenças psicossomáticas são qualquer alteração física (somática) fruto de sofrimentos psíquicos. O *diabetes mellitus* pode ocorrer tanto na doença psicossomática quanto na somatopsíquica (alteração psíquica como consequência de sofrimento físico), resultado de um sofrimento psíquico que o indivíduo sofre causado pela enfermidade crônica ou uma debilidade física adquirida. Segundo Mello-Filho (2008), uma doença psicossomática é qualquer enfermidade que acomete o corpo físico – de uma simples gripe a quadros severos –, tendo se iniciado ou se agravado por conta de fatores psicossociais (principalmente no que se refere a pai e mãe).

4.1.1.10 Depressão

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID 10 - F33), a depressão é uma doença que produz alteração do humor, caracterizada por uma tristeza profunda, sem fim, associada a sentimentos de dor, amargura, desencanto, desesperança, baixa autoestima e culpa, além de distúrbios do sono e do apetite. Kreisler (apud MELLO-FILHO, 2010) destaca o estudo clássico de Spitz (1945), que introduz o termo “depressão anaclítica”, fazendo uma ligação entre a doença, as relações da criança com a mãe e a ocorrência de rupturas bruscas desse vínculo.

Segundo o autor, o depressivo se sente rejeitado e, apesar de se mostrar frio nas relações, é carente de afetos – a frieza nada mais seria do que um mecanismo de defesa para não se machucar. Em consequência da dor causada pela rejeição, desenvolve um ódio pelo pai ou pela mãe, que, segundo ele, o rejeitou. Assim, torna-se o seu próprio juiz, julgando e condenando a si mesmo, em seu limite emocional e mental, tornando-se deprimido. Em um dos relatos de Mello-Filho (2010, p. 181), determinado tratamento continuava com “tentativas de associar para a paciente os recentes episódios de hostilidade surda, da parte dela contra as figuras do pai e do tio, e a exacerbação dos sintomas e sua depressão”. Em outro caso, tem-se o seguinte relato:

O paciente se sente culpado em relação aos seus sentimentos hostis pelos outros e tem medo de expressar diretamente sua raiva; sente-se inadequado e está convencido de que não sobreviverá sem o amor e a atenção dos outros. Por isso, qualquer expressão externa de hostilidade é perigosa – ele poderá destruir o que mais precisa. Consequentemente, volta-se contra si mesmo na forma de autoacusação e condenação, uma característica fundamental da depressão (MACKINNON, 2008, p. 216).

De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2008), a superproteção e a expectativa exacerbada experimentadas pela criança durante a infância são agravantes que contribuem para o surgimento da depressão no adulto. Nos momentos em que é exigido deste uma tomada de decisão, pode facilmente, por não suportar a cobrança, entrar em depressão – principalmente quando a criança se sente desamparada e rejeitada.

Como explica Zimerman (2007, p. 513), há também a fase do retraimento, “na qual essa criança, sentindo-se totalmente desamparada,

retira toda libido que investiu no meio ambiente, efetua um ‘desapego emocional’ e recolhe-se a um estado de indiferença, apatia e depressão”. Isso gera sentimentos negativos, passando a pessoa a se considerar “tola”, “mediocre”, “ruim” ou “fracassada”.

Se o indivíduo com caráter esquizoide pensa em suicídio, dificilmente falará sobre isso e, se decidir concretizá-lo, fará de tudo para não falhar. “O suicídio é uma complicação da depressão e a maior causa de mortalidade entre os pacientes psiquiátricos” (MACKINNON, 2008, p. 203). Os que falam muito em suicídio e falham ao tentá-lo costumam trazer a ferida do abandono, diferentemente de quem apresenta a ferida da rejeição.

As motivações para o ato aparentemente irracional de eliminar a própria vida são complexas e variadas. Alguns pacientes não têm intenção de se matar; e, se o comportamento é conscientemente pretendido muito mais como uma comunicação dramática do que como um ato de autodestruição, estamos falando de “gestos” suicidas. Entretanto, esses gestos estão sujeitos a erros de cálculo e poderão levar ao óbito. Também poderão ser seguidos de um comportamento suicida mais grave, sobretudo se seu objetivo de comunicação não for atingido. A distinção entre um gesto suicida e uma tentativa de suicídio é um pouco arbitrária, e a maior parte dos comportamentos suicidas envolve objetivos de comunicação e de autodestruição (MACKINNON, 2008, p. 218).

Para um suicida, a vida parece insuportável sob determinadas situações e circunstâncias dolorosas, e o ato é uma forma que ele enxerga de escapar e obter o alívio almejado. É a explicação mais cômoda e confortável de ser aceita pela sociedade, amigos e familiares. Entretanto, vale ressaltar que essa não é a melhor opção. O que realmente seria solução efetiva é aprender a reconhecer e expressar esse velho e surdo ódio sentido de forma inconsciente contra os genitores/cuidadores – só assim é que o indivíduo poderá vir a modificar o vínculo interno e externo com os pais, a fim de resgatar os aspectos positivos desse relacionamento.

As enfermidades ou doenças aqui mencionadas também podem se manifestar em pessoas às voltas com os outros tipos de feridas, mas parecem mais frequentes naquelas que sofrem de rejeição.

4.1.2 CARÁTER ORAL

O dependente com caráter oral em geral prefere alimentos macios, mastigando lentamente para fazer perdurar o prazer e a atenção. No tocante às doenças, eis alguns males que podem se manifestar nas pessoas que sofrem dessa ferida do abandono.

4.1.2.1 Asma

É uma doença na qual a expiração se torna difícil ou penosa. De acordo com a metafísica, indica que a pessoa “recebe” mais do que deveria e só “dá” com grande dificuldade, isto é, a crise configura-se pela contração dos brônquios, privando assim os pulmões de liberar oxigênio em quantidades apropriadas. Para Valcapelli e Gasparetto (2001), quem sofre de asma, no contexto emocional, busca obter atenção e afeto em demasia, daí o motivo de inspirar com tamanha força, querendo absorver tanto ar que os pulmões ficam inflados e apresentando dificuldades em soltá-lo para fazer a troca normal. Ele quer pôr para dentro tudo sem expelir nada. A crise é provocada exatamente pela dificuldade de eliminação do ar.

Valcapelli e Gasparetto (2001) citam estatísticas publicadas no *Manual Merck de Medicina* segundo as quais entre 10% e 20% dos asmáticos tem suas crises provocadas por alérgenos, ocasionadas por pólenes carregados pelo ar, poeira doméstica, animais e afins; em outros 30% a 50%, a crise parece ser desencadeada por fatores não alérgicos, a exemplo de infecção e odores irritantes tais como tinta fresca, gasolina, ar frio, fumo etc., além de fatores emocionais.

Um funcionário dos Correios, que desenvolvera asma, passou vários anos colecionando atestados das condições da poeira a qual ele havia se exposto durante o trabalho. Seus problemas reais com sua saúde, com sua família e com sua ocupação eram ignorados enquanto perseguiu uma pequena compensação pela relativa incapacidade (MACKINNON, 2008, p. 366).

Valcapelli e Gasparetto (2001) pontuam também que, desde o tempo antigo de Hipócrates, já se comentava sobre a existência e a associação entre problemas emocionais e ataques asmáticos. Os fatores emocionais como agravantes das chamadas crises asmáticas são comprovados, atualmente, por pesquisas e estudos, com registros de muitos casos atestando

que os ataques foram iniciados mais por acontecimentos do que pela presença de um antígeno específico.

Em 487 asmáticos, um fator psíquico esteve presente no desencadeamento das crises em 64,1% dos casos, embora em apenas 3,3% fosse o único. Jacobs e colaboradores (1966) encontraram fatores imunológicos e psicológicos associados em crises de exteriorização alérgica em 75% de seus 41 pacientes (MELLO-FILHO, 2010, p. 310).

Em outras palavras, as relações do asmático com as pessoas costumam ser complicadas, uma vez que sua atitude quebra todos os princípios que regem um relacionamento saudável, ou seja, no movimento normal representado pelos pulmões, na troca. A própria vida e os principais órgãos vitais requerem constante troca com o ambiente, como ressaltam Valcapelli e Gasparetto (2001). É por meio desse movimento, inspirando e exalando o ar a todo instante, que entramos em contato com o mundo interno e externo – da mesma forma, é necessário que isso ocorra nas relações humanas. E é justamente nesse ponto que se encontra a maior complicação do asmático, conforme os autores. Ele só quer receber, sem dar nada em troca, exigindo de todos os seus entes queridos, como se dissesse “façam tudo por mim”.

4.1.2.2 Bronquite

Valcapelli e Gasparetto (2001) destacam que, quando o dependente sofre de um problema de inflamação nos brônquios, isso revela um estado emocional de desconforto e irritabilidade acerca do que se passa ao redor, uma vez que pode indicar que ele não recebe o suficiente de sua família, especialmente de pai ou mãe, dos quais é extremamente dependente.

Emoção é um fenômeno que ocorre simultaneamente no nível do subsistema corpo e no nível do subsistema processos mentais. Aquilo que no nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, fome, no corpo concomitantemente se expressa através de modificações no subsistema somático, através de modificações das funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea. Este conjunto de alterações é coordenado pelo conjunto hipotálamo-hipófise e sistema límbico, que foram assim explanados por Fernandes Pontes: “A disfunção pode resultar da alteração de fibra muscular lisa que existe ubiquitariamente em vários órgãos. Assim, a pessoa pode apresentar disfunções motoras no nível do aparelho digestivo (vômitos, síndrome hipoestênica, diarreia, prisão de ventre, discinesias); do aparelho respiratório (asma, bronquite) (MELLO-FILHO, 2010, p. 116)

O quadro de bronquite é desencadeado pela falta de capacidade em lidar com os aspectos internos e externos diante de situações, além da necessidade de acreditar que possui um lugar na família e que não precisa se esforçar para conseguir isso.

Lá pelos idos de 1950, quando ocorriam expressivas vitórias do pensamento psicológico sobre a concepção estritamente organicista, [havia] um declarado reconhecimento da participação de fatores emocionais na etiologia e manutenção de determinadas doenças, como a bronquite asmática (MELLO-FILHO, 2010, p. 510).

De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2001), geralmente quem possui brônquios inflamados nasceu ou vive em ambiente tumultuado, cheio de atritos e discussões, ou com um silêncio demasiado, sem diálogo entre as pessoas e, em especial, com ele. Ambos os casos podem causar um conflito frente ao forte desejo ou necessidade de se expressar *versus* o medo de ser tratado com estupidez ou indiferença, gerando no indivíduo o sentimento de abandono. Em virtude disso, algumas pessoas podem ser afetadas pela bronquite e permanecer caladas a sua revelia, e outras apelam para o exibicionismo a fim de chamar atenção; há, ainda, aquelas que se revoltam e se tornam rebeldes.

4.1.2.3 Problemas no pâncreas (hipoglicemia e diabetes) e nas glândulas suprarrenais

Aquele que sofre com a dor do abandono tem um psíquico totalmente dependente e exclusivista, tornando-se propenso a desenvolver problemas no pâncreas e nas glândulas suprarrenais, segundo Bourbeau (2017). Todo o sistema digestivo permanece frágil porque o indivíduo acredita não ter se alimentado o suficiente, mesmo que essa necessidade ou carência não apresente qualquer relação com o plano físico ou biológico. Embora a carência esteja no plano afetivo, o corpo físico, que é o reflexo de seu psiquismo, recebe a mensagem de que lhe falta algo.

É de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação de conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para “originar transtornos funcionais, e estes, se repetidos e persistentes, alteram a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações”

(Pontes, loc. cit.). A disfunção, quando secretora, manifesta-se não só na produção de muco, mas também na produção de secreções endócrinas, na produção de hormônios do aparelho digestivo, secreção gástrica, pancreática, biliar e entérica (MELLO-FILHO, 2010, p. 116).

Como todas as glândulas, inclusive o pâncreas, podem depender das condições emocionais e psicológicas, tornando-se fatores responsáveis por um bom ou mau funcionamento, cabe ao indivíduo ter disposição para aceitar com doçura as coisas que ocorrem em seu meio, condição básica para um perfeito funcionamento do pâncreas. Segundo Valcapelli e Gasparetto (2001), as pessoas que se desencantaram com tudo vivem uma recusa em acatar atitudes e fatos. Essa perda se reflete na dificuldade de assimilação de proteínas pelo organismo, decorrente das críticas guardadas para si (desejo de falar e se sentir impedida) e nunca externadas e na insuficiência daquilo que almeja ou acredita que precisa receber, apresentando comportamento de vítima e negativismo, o que resulta em falta de saúde e vitalidade física debilitada. Assim, o pessimismo é o “pivô” da redução nas funções pancreáticas do indivíduo, vivendo com uma visão derrotista e agindo como se todos, no mundo e na vida, conspirassem contra ele, com mania de perseguição. Vale ressaltar que esse processo sempre ocorre no inconsciente, logo não se trata de ações pensadas – embora sejam comportamentos expressos, o indivíduo não tem consciência do que faz. Porém, há nele o sentimento de que nada do que venha a acontecer será suficiente ou poderá servir para a realização pessoal. Exemplo cotidiano mencionado pelos autores é que, se ele encontra um pedaço de bolo sobre a mesa, logo dirá: “deixaram só isso? Só porque eu saí e cheguei mais tarde fizeram bolo e já comeram quase tudo – em vez de dizer: “que bom! Fizeram um bolo hoje e se lembraram de mim!”.

4.1.2.4 Depressão

Embora presente também naqueles com caráter esquizoide ou escapista, vários dependentes também acabam sofrendo de depressão, quando a ferida do abandono é muito grave e eles acreditam não serem amados, frente à própria incapacidade de se sentirem amados como desejam. Passando-se por preguiçosos, mostram necessidade de estímulo e encorajamento, o que é

também uma maneira de obter atenção. Valcapelli e Gasparetto (2008) ressaltam que pessoas deprimidas geralmente vieram de famílias separadas, nas quais houve ausência dos pais, gerando nelas o sentimento de abandono diante da morte de um deles ou até mesmo quando algum demonstra desinteresse pela criança. O estado depressivo tem relação direta com problemas no pâncreas – um pode afetar o outro.

“A dor do abandono causa a depressão. Por exemplo, um homem jovem buscou ajuda devido à depressão e aos sintomas somáticos que se acentuavam cada vez que era abandonado por uma parceira sexual” (MACKINNON, 2008, p. 318).

4.1.2.5 Enxaqueca

As pessoas dependentes e carentes tendem a sofrer com enxaquecas. São acometidas desse mal porque se sentem pressionadas a não ser elas mesmas, bloqueando assim seu verdadeiro *eu*, nas palavras de Bourbeau (2017). Esse indivíduo vive em um malabarismo constante para ser o que acredita que os outros querem que ele seja, por medo de ser abandonado, vivendo na sombra das pessoas a quem ama.

Os primeiros estudos derivados da Psicanálise e que deram origem à Psicossomática moderna corresponderam ao problema da psicogenia de certos transtornos somáticos, como, por exemplo, a asma brônquica, o eczema, a hipertensão essencial, a úlcera péptica, o hipertireoidismo, a colite ulcerativa, a enxaqueca (MELLO-FILHO, 2010, p. 116).

Quem sofre da enxaqueca causada pela dor do abandono apresenta o desejo de posse (embora essa não esteja ligada ao apego às coisas materiais, domínio sobre algumas situações existenciais tampouco ao controle sobre os outros, no sentido de ser um indivíduo controlador). Essas condições de apego dizem respeito justamente à falta de posse e controle sobre si mesmo, gerando insegurança – por isso vive mobilizando os recursos de compensação na expectativa de encontrar apoio externo, nos outros. Valcapelli e Gasparetto (2008) afirmam que chega a ser uma pessoa possessiva, que busca fora o que não reconhece existir dentro de si. Essa dependência se manifesta em forma de carência, como necessidade de

domínio do outro e das situações ao redor. “Cefaleias são uma queixa comum dos caracteres orais. Pode-se explicar sua frequência pelas tensões do pescoço e cabeça” (LOWEN, 1977, p. 164).

As doenças mencionadas anteriormente também podem se manifestar em pessoas com os outros tipos de ferida, porém algumas parecem ser bem mais comuns nas pessoas que sofrem dessa dor do abandono.

4.1.3 CARÁTER DO FÁLICO-NARCÍSICO OU CONTROLADOR

A seguir, veremos algumas enfermidades e doenças que podem se manifestar no controlador (caráter do fálico-narcísico), que sofre com a dor da manipulação.

4.1.3.1 Agorafobia

Essa enfermidade vivida pelo controlador/fálico-narcísico é caracterizada, principalmente, pelo medo de morrer ou da loucura. Denomina-se o quadro cujas crises são recorrentes – e, com isso, desenvolve-se medo de novas crises ou constantes preocupações sobre possíveis implicações, como perda do controle, ataque cardíaco ou enlouquecer. Segundo Nardi e Valença (apud DALGALARRONDO, 2008), o que se caracteriza como sofrimento subjetivo significativo nos ataques de agorafobia é, também, a fobia de lugares amplos e aglomerações, os quais podem representar dificuldade para que o indivíduo mantenha o controle.

Os indivíduos com agorafobia têm, frequentemente, crises de medo e angústia quando estão fora de casa, em um congestionamento, em uma ponte ou túnel, em meio à multidão, em um estádio de futebol, em um grande supermercado, no cinema ou no teatro. Têm, com frequência, medo de viajar de ônibus, automóvel ou avião. Há tendência de evitar tais situações, o que geralmente leva a um estreitamento das possibilidades vivenciais do indivíduo, restringindo-o, às vezes, à sua casa e a ambientes muito familiares e seguros (DALGALARRONDO, 2008, p. 321).

Mackinnon (2008) relata o caso de uma cliente com medo fóbico opressivo de lugares fechados, como elevadores, que durante o tratamento se lembrou da experiência apavorante vivenciada na infância: a de ter sido sufocada com um travesseiro pela irmã mais velha enquanto brincavam na

cama. Para alguém que seja controlador e que sofre com a dor de ser manipulado, esse foi um gatilho para desencadear a fobia existente, com a total perda de controle.

4.1.3.2 Problemas nas articulações

O controlador é tenso e costuma apresentar problemas ligados às articulações do corpo, principalmente nos joelhos. Ele se mostra muito propenso a ter enfermidades que envolvem a perda do controle de certas partes do corpo – quando em situação de impotência total, pode sofrer ou ser afetado por paralisia. Conforme Mello-Filho (2010), uma referência comum em trabalhos realizados com quem possui esse tipo de doença indica a existência da tentativa de conter a agressividade em um constante esforço para reprimir sentimentos hostis de forma inconsciente.

As dores superficiais, originadas na pele, caracterizam-se por serem “em picada” ou “em ardência” e sua localização é bem definida. A única dor profunda “em ardência” é a que ocorre no refluxo gastresofágico (Porto, 1981). As dores profundas do tipo somático incluem as originadas em músculos, ossos, articulações, vasos etc. (MELLO-FILHO, 2010, p. 237).

Mello-Filho (2010) relata outro caso em que, no curso das sessões terapêuticas, ficou evidenciada uma ambivalência da cliente atendida em relação à mãe: por um lado, ela tinha a sensação de sempre ter sido preterida; de outro, havia a culpa pela raiva dessa mãe, que segundo sua percepção a usava e manipulava. Esse conflito ficou mais aguçado quando se viu na condição de estar esperando um filho. Como é comum em todo controlador que sofreu a dor de ser manipulado e se sentir usado, desenvolvendo uma parte muito competitiva, a referida cliente estabeleceu, assim, uma disputa com a mãe, mesmo que de forma inconsciente. E com o objetivo de diminuir esse sentimento de culpa e ódio destrutivo, ela fez compensação ao se identificar com a mãe, agora doente e cheia de dores, o que tornava ainda mais difícil para ela conseguir se ligar ao seu bebê. Durante o trabalho dessa hipótese, a confusão foi esclarecida e fez com que a cliente pudesse perceber que quem estava morrendo com dores era sua mãe, e não ela. Ao findar daquela semana, todas as dores articulares

desapareceram por completo, o que possibilitou à gestante, de forma natural, se ligar afetivamente com o neném.

Ainda segundo Mello-Filho (2010), as causas mais comuns das dores são o comprometimento das vértebras – causado por processos de artrose – e comprometimentos articulares, que diminuem ou dificultam movimentos, posturas e inflamações. Assim, o indivíduo acaba criando anticorpos contra o próprio corpo, como nas articulações, mais conhecidos como enfermidades de autoagressão, relacionadas a circunstâncias estressantes vitais.

4.1.3.3 Problemas no sistema digestivo

Para Valcapelli e Gasparetto (2001), a digestão está intimamente relacionada ao processo usado pelo racional para “digerir” tudo o que vem de fora e à forma como se lida com as situações concretas do mundo físico, no dia a dia. A relação entre sistema digestivo e mente consciente está na aceitação, digestão e nas percepções do mundo, bem como na maneira como suporta ou não essas impressões, que aparentemente se apresentam como manipulação. Quem sofre com a dor de ter sido usado ou manipulado frequentemente poderá apresentar problemas no fígado, estômago etc. Aqueles com mais habilidade e facilidade para suportar as coisas que acontecem em suas vidas promovem para si uma digestão mais fácil e certamente saudável. Em resumo, o alimento que se ingere sofrerá a ação e responderá do mesmo modo que a pessoa aceita ou não os fatos externos. Quanto mais complicada e demorada essa aceitação, pior será a digestão.

Seyle [...] nos lembra que as doenças de adaptação são consequências do excesso de hostilidade ou de excesso de reações de submissão. Além disso, a possibilidade de que o organismo contenha memória afetiva (sistema límbico, hipotálamo conectado com o córtex) de situações de estresse anteriores perpetua o potencial nocivo (Granboulan, 1988). As proposições acima podem ser mais facilmente comprovadas nas doenças em que notoriamente há um componente de esforço de adaptação, como, por exemplo, nas úlceras digestivas, nas alterações dispépticas, crises hemorroidárias, alterações da pressão arterial (ditas essenciais), alterações na parede dos vasos sanguíneos, alguns tipos de doenças renais, alterações inflamatórias do aparelho gastrointestinal, diversas afecções dermatológicas, alterações metabólicas várias, manifestações alérgicas, artrites reumáticas e reumatoides, perturbações sexuais, comprometimento do sistema imunológico e algumas alterações

tireoidianas (MELLO-FILHO, 2010, p. 118-119).

Como enfatizam Valcapelli e Gasparetto (2001), é sabido que os problemas cotidianos influenciam diretamente o apetite, tanto na perda deste (o que representa a não aceitação desses problemas) quanto no aumento, o que significa se sufocar para não “virar a mesa”, numa forma de expressar que os limites de aceitação de determinada situação foram além do permitido, ultrapassando todas as fronteiras. Esses limites estão relacionados diretamente ao processo digestivo. Pessoas que não conseguem lidar com tais situações acabam por alimentar-se mal, privando o organismo de vitaminas e proteínas necessárias à manutenção de um corpo forte e saudável.

4.1.3.4 Doenças de natureza inflamatória

Enfermidades que terminam em “ite”, de natureza inflamatória, são vividas principalmente pelas pessoas que, por conta do excesso de expectativas, mergulham na impaciência, na raiva e na frustração.

Rosenfeld [...] relata doença psicossomática em uma jovem de 26 anos que percebeu sua doença após ruptura com o namorado. Deprimida, com vontade de morrer, profundamente angustiada, mostrando inflamação muscular e necrose das paredes mucosas dos lábios, da boca e da laringe, sem poder falar e se alimentar, salvo com sondas e soros, chega a passar até três dias em coma. A perda da relação objetual causou-lhe ferida afetiva, que se transformou em lesões necróticas das mucosas, com danos graves, restando-lhe apenas débil parede arterial, que como membrana rodeia e contém sangue no interior do corpo. Em crises agudas de angústia, os vasos contraídos não conseguem conter o sangue, que escapa, perdendo-se no exterior. Seria este o modelo de funcionamento do esquema corporal psicótico (MELLO-FILHO, 2010, p. 267)

Ainda conforme Mello-Filho (2010), fica claro que a jovem se sentiu manipulada e usada quando deixada – e, por sofrer essa dor sem condições de controlar a situação ou o outro, voltou-se contra si mesma com todo tipo de inflamação. De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2010), o corpo manifesta vários processos inflamatórios e infecciosos para expressar as turbulências geradas pela irritabilidade ou inconformismo do indivíduo.

Num caso atendido pela autora, houve uma interrupção voluntária da gestação no segundo trimestre, em função de um diagnóstico de malformação; em decorrência do sentimento de culpa por se ver como assassina do filho, a paciente passou a apresentar vários episódios de

dores e de inflamações, sendo submetida a inúmeros exames e tratamentos por diversos especialistas; foco do trabalho terapêutico inicial girou em torno desse sentimento de culpa, da busca da punição e da necessidade de elaborar o luto pelo filho perdido, bem como da ferida narcísica derivada do fato de gerar uma criança malformada. O mês em que o bebê deveria nascer foi especialmente complicado pela ocorrência de enxaquecas e de fortes dores musculares e nevralgias (Mello-Filho, 2010, p. 290 apud OLIVEIRA, 2018, p. 72).

Desse modo, o processo narcísico vivido se deu pelo sentimento de ter perdido o controle no ato da gestação e acabar ocasionando uma malformação no bebê. Conflitos como esse no interior da pessoa surgem em meio a episódios desagradáveis que podem interferir negativamente no cotidiano, na casa, no trabalho ou nos relacionamentos, comprometendo o bem-estar e a harmonia em algumas áreas da vida.

Quando o indivíduo não tem como evitar tais episódios, o que representa a perda do controle, causando-lhe dor, resta a ele, mesmo que abalado pelas interferências, se permitir ficar chateado e até irritado, para conseguir admitir e falar sobre seus sentimentos. William Motsloy (apud OLIVEIRA, 2018, p. 67)⁷, em *Fisiologia da mente*, escreveu: “quando o sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem outros órgãos”. Por isso é tão importante expressar o que se sente, com o intuito de elaborar sentimentos que são nocivos ao sistema imunológico do corpo – e, assim, acabam por enfraquecer as defesas do organismo, ao afetar o processo de combate aos invasores, que se alojam nos órgãos, configurando-se em infecções.

7 OLIVEIRA, Anderson Carlos de. *Impacto e contribuições da inteligência emocional na qualidade de vida*. Goiânia: Kelps, 2018.

4.1.3.5 Herpes

Esse vírus, muito comum em pessoas com um caráter controlador (fálico-narcísico), se manifesta geralmente quando elas acusam, consciente ou inconscientemente, o outro e principalmente o sexo oposto de ser odioso. É também um meio utilizado para controle do outro, como, por exemplo, não ter que beijar ou se relacionar com este de alguma forma.

Na prática é muito fácil colher testemunhos vários sobre a interação entre situações de estresse e crises herpéticas. Os próprios pacientes, com o decorrer dos seus tratamentos

psicoterápicos ou analíticos, aprendem a diagnosticar sobre que situações de estresse serão capazes de reativar os vírus. Num paciente de um de nós (JMF), as crises de herpes genital estavam relacionadas com sua situação conjugal. Se ele não estava bem com a esposa, mostrando-se ressentido ou insatisfeito, surgia o herpes como forma de evitar o relacionamento e poder contaminar a companheira. Quando eventualmente se dispunha a ter relações extraconjugais, também surgia o herpes, como forma de sabotar os encontros, evitados de culpa (MELLO-FILHO, 2010, p. 183).

O herpes seria, assim, uma forma de manter controle sobre o outro. Ainda segundo Mello-Filho (2010), trata-se de uma importante doença para pesquisas e comprovações de seus aspectos psicossomáticos, pois, segundo estimativa, de 10% a 25% da população sexualmente ativa residente nos Estados Unidos sofre com crises recorrentes de herpes simples.

As doenças mencionadas anteriormente podem se manifestar também em pessoas com outros tipos de feridas, mas parecem ser mais recorrentes nas que sofrem a dor de manipulação com caráter controlador (fálico-narcísico).

4.1.4 CARÁTER MASOQUISTA

A seguir, eis algumas indisposições, enfermidades e doenças que podem se manifestar no caráter masoquista.

4.1.4.1 Dores na coluna

A coluna é um eixo corporal, um conjunto de ossos ou vértebras, com uma funcionalidade específica de uns sobre os outros, composta por 33 vértebras, dividida em cinco regiões, a saber: cervical, torácica, lombar, sacro e cóccix. Essas regiões, segundo Valcapelli e Gasparetto (2008), são ligadas entre si por discos de cartilagens que servem para amortecer o impacto causado pela caminhada, corrida ou pelos saltos.

Exemplo é o de Maria Lícia, já extensamente estudado em trabalho anterior (Santos Filho, 1986), que, com uma dor vulvar, histérica, iniciada após a morte de seu marido por insuficiência cardíaca, agudizada pelo esforço de uma relação sexual em que sentiu dor, percorreu por dois anos diversos ambulatórios e hospitais de nossa cidade, sendo submetida a seis exames ginecológicos, um exame proctológico com retossigmoidoscopia, um exame contrastado do trato urinário (urografia excretora), seis citoscopias, uma flebografia, um clister opaco, radiografias da coluna vertebral, uma laparotomia exploradora, dois “bloqueios de coluna” e 24 bloqueios anestésicos suprapúbicos. Após sua entrada no Setor de Emergência,

foi chamado um profissional do serviço que a entrevistou, indicou e realizou uma psicoterapia de cerca de um ano com excelentes resultados. Esses exemplos dão conta da importância da correta divulgação entre os médicos das possibilidades do trabalho psicoterápico (MELLO-FILHO, 2010, p. 488-489).

Conforme Bourbeau (2017), as dores na coluna e sensação de peso sobre os ombros são muito comuns no caráter masoquista, pois o indivíduo carrega muito “peso” nas costas. Tais dores devem-se principalmente aos sentimentos de obrigatoriedade e falta de liberdade. Quando seu sentimento ou sofrimento está ligado às coisas materiais, é a base da coluna que sofre; e quando o domínio é afetivo, a parte afetada é a superior.

Uma das cenas mais chocantes que assisti foi a intervenção da esposa de um doente recém-admitido no hospital, que tentou impedir o processo de tratamento de uma parada cardíaca na enfermaria. O paciente era um adulto relativamente jovem, de 44 anos, que havia sido admitido no hospital cerca de dois dias antes por uma dor de coluna, uma fratura osteoporótica por afundamento de vértebra. O diagnóstico havia sido feito naquele momento. Ele tinha um mieloma múltiplo e a parada era por conta de uma hipercalemia. Ela levou de volta um safanão da residente e foi contida; o marido foi ressuscitado com sucesso. Dificil entender o que o gesto daquela mulher significava; era um gesto de amor. Ele e a mulher eram a única força de trabalho na família, com mais seis pessoas. Sobreviviam no limite da miséria. Com a doença dele, não simplesmente se reduzia a força produtiva da família, mas ele passava a ser um peso, e a queda da sua qualidade de vida, sua condição física, passava a exigir mais cuidados que ele não poderia ter, e iria viver uma forma de abandono involuntária que não merecia. Esta era uma decisão dos dois. Algo que eles já vinham conversando, mesmo sem ter um diagnóstico firmado (MELLO-FILHO, 2010, p. 399-400).

De acordo com Mello-Filho (2010), essa é uma característica do paciente masoquista – a dor da humilhação e vergonha de ser cuidado em vez de cuidar é um padrão de quem possui essa máscara/caráter, potencializando o agravamento do quadro. A coluna é a parte do corpo que representa, assim, um eixo de sustentação interior, possibilitando e dando condições para a pessoa canalizar forças a fim de lidar com as situações ao redor. Quando o masoquista está na dor da humilhação, tende a desenvolver problemas na coluna. Por isso se trata de uma região muito importante para a constituição da postura, pois mostra como o indivíduo vai se comportar diante das ocorrências do ambiente.

Para Valcapelli e Gasparetto (2008), a postura ereta representa a forma como ele se posiciona na vida e encara os acontecimentos – se estiver frente a frente, desfrutará dos sentimentos de igualdade perante os outros, com a

sensação de autoconfiança para lidar com as adversidades. Isso favorece o uso da própria força, expandindo as chances de o indivíduo ser bem-sucedido na realização dos projetos e objetivos.

4.1.4.2 Problemas respiratórios

O aparelho respiratório está incumbido de introduzir através do ar o oxigênio até os pulmões e eliminar o gás carbônico derivado das oxidações das células do corpo. É formado por uma estrutura composta pelos pulmões e o sistema de tubos condutores, que compreende as fossas nasais, a laringe, a traqueia, os brônquios e os bronquíolos.

Se o indivíduo se deixa sufocar pelos problemas, principalmente os dos outros, incorre no risco de vivenciar algum problema respiratório. Como afirmam Valcapelli e Gasparetto (2001), bem se sabe que o ritmo da respiração revela o estado emocional momentâneo: se o indivíduo estiver ansioso, comumente se nota que a respiração fica mais rápida e curta; caso esteja vivenciando uma situação de medo, logo é percebido um intervalo mais espaçado; se apavorado, a respiração entra em descompasso. Por isso, em alguns casos, o controle do ritmo respiratório pode influenciar positivamente o estado emocional. Um exemplo destacado pelos autores é quando se diz “calma, respire fundo e compassado” a alguém que esteja muito agitado ou nervoso, podendo conseguir se acalmar por meio da alteração no ritmo da respiração. As técnicas respiratórias são importantes para adquirir e manter a saúde e serenidade interior. Várias filosofias orientais utilizam esses métodos e obtêm excelentes resultados. A prática desse exercício respiratório promove saúde e bem-estar.

No campo das interações precoces entre mãe e recém-nascido, também podemos observar o surgimento dos fenômenos psicossomáticos do lactente. Em linhas gerais, o funcionamento harmônico das funções vitais do bebê depende muito da sintonia e do atendimento satisfatório de suas necessidades básicas; falhas importantes neste processo instalam a angústia primordial que transborda em manifestações várias, tais como: insônia do recém-nascido, cólicas intensas, dificuldades de ingerir e de digerir os alimentos, alterações do ritmo respiratório, perturbação do funcionamento intestinal e assim por diante (MELLO-FILHO, 2010, p. 293).

Segundo Mello-Filho (2010), a falha nas funções exercidas entre mãe e filho pode gerar o caráter masoquista, proporcionando um problema respiratório advindo dessa humilhação, sentida pela criança por parecer, aos seus olhos, ser um peso e estorvo para a mãe.

Para Valcapelli e Gasparetto (2001), o sistema respiratório revela a capacidade que o indivíduo tem de absorver e se expor, no tocante ao dar e receber. Se a pessoa dispõe de habilidades suficientes para lidar com isso em sua vida, o aparelho respiratório dela será saudável. Porém, do contrário, havendo uma relação conturbada entre ela e o mundo que a cerca, os reflexos serão evidenciados em alguma doença do sistema respiratório. Em geral, problemas relacionados ao processo respiratório estão vinculados à dificuldade de lidar com o ambiente. Fica claro que a pessoa não se sente livre para se expressar, falar de seus desejos ou vontades tampouco se permite ser espontânea diante das situações e acontecimentos à sua volta. Torna-se então um fazedor, carregando todo o peso e fardo dos outros por medo da dor da humilhação. Por fim, faz de tudo para ser como acredita que os outros gostariam que ela fosse. O autoconhecimento e o respeito próprio são fundamentais para se obter o equilíbrio entre o mundo interno e o meio externo, mantendo uma respiração saudável assim como a relação com a vida e as pessoas ao redor.

4.1.4.3 Problemas físicos

Basicamente há dois tipos de pessoas: aquelas que não reconhecem a existência de um vínculo entre seus sintomas físicos e sua vida emocional e as que reconhecem que tais problemas são reflexos da sua vida intrapsíquica, sua história e conflitos, sobretudo os do passado. “Adultos somatizadores costumam preocupar-se com os mesmos sintomas físicos que seus pais durante a infância” (MELLO-FILHO, 2010, p. 293).

De acordo com Valcapelli e Gasparetto (2004), os sintomas são expressos nas atitudes interiores do indivíduo e formados como padrão de comportamento repetitivo, advindo desde a infância, frente às situações vivenciadas no cotidiano. A postura adotada pela pessoa é um fator

determinante para a preservação da saúde. Em contrapartida, os conflitos internos desencadeiam as doenças que afetam o organismo.

“Pacientes com queixas físicas enigmáticas são, muitas vezes, desconfiados em relação à consulta psiquiátrica, temendo que seus problemas físicos sejam ignorados” (MACKINNON, 2008, p. 382). Um exemplo é o caso relatado de uma paciente que admitiu estar deprimida, mas insistiu com veemência que essa depressão era exclusivamente por causa dos problemas físicos. “O entrevistador lhe perguntou: ‘você alguma vez pensou em suicídio?’. Ao que ela respondeu: ‘sim, às vezes eu penso que essa é a única saída, mas sei que nunca farei nada parecido’” (MACKINNON, 2008, p. 229). Segundo o autor, os sentimentos ou pensamentos suicidas não têm início na vida adulta – é preciso investigar até as raízes, já na primeira infância. Com base nesses depoimentos é possível interpretar que, apesar da afirmação da entrevistada, seus problemas físicos são reflexos do estado depressivo, uma vez que já na infância é que se aprende todo padrão de comportamento.

Como eles estão se referindo a um bebê, reiteramos que os meios de expressão são exclusivamente corporais e fisiológicos, por lhe faltar desenvolvimento motor e cognitivo que lhe possibilite mostrar através de atos ou palavras as perdas sofridas. Seu corpo faz uma tentativa de comunicação com o meio ambiente, que se puder enxergar o que está por trás dos sintomas físicos, consegue mudar o rumo da situação e impedir que o bebê venha a morrer (MELLO-FILHO, 2010, p. 293).

De acordo com Mello-Filho (2010), quando a pessoa procura ajuda, entendendo e aceitando que pode, sim, existir uma ligação entre os sintomas físicos e as circunstâncias ocorridas em sua vida (principalmente na infância), ela se mostra engajada e mais disposta a investigar os próprios conflitos durante a psicoterapia e com uma relativa facilidade. Porém, é característico do masoquista suportar todas as coisas, inclusive pensando que vários desses problemas físicos não têm a ver com suas questões emocionais – apesar de ser difícil para todos aceitar isso, parece ser muito mais comum nas pessoas que sofrem com a ferida da humilhação.

4.1.4.4 Fígado

Esse órgão parece ser o responsável por “filtrar” a raiva (a do próprio indivíduo e a dos outros). Frequentemente, perturbações no funcionamento do mesmo são vivenciadas por causa do excesso de raiva contida, ainda segundo Valcapelli e Gasparetto (2001). Geralmente com alteração do humor, diante das diferentes situações, é muito comum que o indivíduo sofra interferências diretamente na função metabólica do fígado. Quando se encara uma situação difícil com serenidade, sem potencializar os fatos, as coisas ficam mais leves e fáceis de serem digeridas. Esse comportamento auxilia na assimilação dos alimentos no corpo, mesmo os mais pesados, como a gordura.

Basta ater-nos a lembranças como estas para percebermos que é o corpo quem primeiro registra e primeiro reage aos estímulos, sejam exteriores ou interiores. O medo nos atinge diretamente no epigastro, o ódio, no fígado e na vesícula biliar; o amor, no coração e nas cordas vocais; a atração sexual, nos órgãos genitais. Talvez por isto, na antiguidade, Hipócrates teria formulado a teoria dos humores, onde o melancólico, por exemplo, sofreria pela bile negra em excesso, intoxicando o seu corpo (SOUZA, 1997, p. 44).

Odoul (2003) defende que os problemas hepáticos representam um sinal claro da dificuldade para “digerir” alguma coisa na vida, sendo a raiva (ira) a principal emoção associada ao fígado. Os sofrimentos ocorridos nesse órgão podem estar revelando que o modo habitual e excessivo de reagir diante das situações da vida é a cólera, que mobiliza toda a energia do fígado – de modo que a maior parte necessária para o funcionamento é drenada. Cada vez mais fraco à medida que isso acontece, o órgão vai deixando de fazer o seu papel corretamente durante o processo digestivo. O fígado pode manifestar, assim, a dificuldade que o indivíduo tem para viver ou aceitar os seus sentimentos e afetos (ou até aqueles que os outros lhe dedicam). Essas tensões podem, ainda, significar que a imagem que ele tem de si mesmo é posta em discussão, entre o mundo interior e o exterior, e que o indivíduo não se reconhece como gostaria, colocando-se sob o domínio da culpa, vergonha e humilhação. Esse sentimento parece “obrigá-lo” a se justificar, a se defender.

Valcapelli e Gasparetto (2001) enfatizam que o fígado é a mais importante víscera responsável pela produção da energia agressiva. A agressividade é a principal condição e a capacidade de se impor na vida,

que se faz necessária para manter a integridade e harmonia com a sua natureza íntima – não correspondendo necessariamente à violência, e sim à firmeza de caráter para se posicionar, mantendo os pontos de vista e conquistando os espaços que se pretende no meio em que se vive. Os problemas surgem quando o indivíduo reprime essa agressividade (raiva), negando ou fingindo que ela não existe perante as diversas situações, a ponto de “explodir” contra alguém que nada tem a ver com a situação nem é o pivô da revolta, mas foi escolhido como tal. Pode também “implodir” contra si mesmo, prejudicando o funcionamento do fígado e atrapalhando a digestão. Semelhantemente, esse processo representaria também a dificuldade de digerir todas as situações que possam pôr em risco a integridade moral, evitando assim a dor da humilhação.

4.1.4.5 Garganta, laringites e anginas

Essas representam a seleção e o discernimento entre ideias e fatos, um problema que o masoquista enfrenta constantemente, pois é mais comum ele reprimir o que tem a dizer, por medo da dor da humilhação, do que conseguir expressar-se, especialmente no que diz respeito ao que deseja pedir, de acordo com Bourbeau (2017).

William James considerava impossível imaginar uma experiência emocional na ausência de reações corporais concomitantes – ele não acreditava em emoções sem a participação do corpo. Uma série de razões me leva a concordar com ele. Em primeiro lugar, a experiência pessoal indica que as emoções funcionam assim. Na maioria das vezes sentimos as emoções no próprio corpo, por isso temos expressões como “coração apertado” e “nó na garganta” (LEDOUX, 2011, p. 254).

Segundo Valcapelli e Gasparetto (2001), quando ocorre um engasgo é porque a pessoa viu ou ouviu algo que a chocou e não teve tempo de selecionar direito as informações recebidas. São opiniões que ficaram atravessadas, deixando-a abalada. A hesitação diante da situação provoca então um conflito no curso natural dos alimentos ingeridos, que são desviados e tentam de forma brusca penetrar no interior da laringe, levando a pessoa a se engasgar. Por vezes, esse engasgo ocorre com a própria saliva, quando se é surpreendido por pensamentos ou suposições contrários ao que

gostaria. Assim, o indivíduo só engasga quando não se sente seguro em relação ao que sente e teme passar por constrangimento, vergonha ou humilhação – do contrário, não haveria sentimento de incômodo com o que os outros pensam, falam ou querem, mesmo contrariando a sua vontade.

4.1.4.6 Tireoide

Ainda conforme Valcapelli e Gasparetto (2005), essa glândula reflete as circunstâncias emocionais, estabelecendo no corpo uma condição propícia ao estado interior. Ela manifesta a capacidade que o indivíduo tem de mobilizar os recursos para alcançar aquilo que almeja. Quanto maior a dificuldade em ter consciência de suas necessidades, maior a probabilidade de desenvolver problemas na tireoide.

A consideração de Stonier acerca da organização do universo por meio da informação faz-nos crer que toda tensão psíquica contém padrões informacionais que serão transformados em correspondente tensão cerebral, o que resulta em excitabilidade neurofisiológica compatível com a excitabilidade mental inicial, consciente ou inconsciente. Esta é, por assim dizer, traduzida em excitabilidade corporal compatível com a inicial, ou seja, a angústia, o medo, a excitação psíquica são traduzidos em excitação límbica, de hipotalâmica para hipofisária, por meio de moléculas mensageiras, os hormônios neurotransmissores, que partem do hipotálamo para a hipófise e, desta, para outras glândulas: tireoide, timo, suprarrenais. Assim, a contração do córtex da suprarrenal, por exemplo, secreta catecolaminas e córtico-esteróides que traduzem a informação psíquica inicial, medo ou angústia, que é levada a outras partes do corpo, tais como o fígado, o coração, os músculos, também por meio de outros hormônios, as moléculas mensageiras, como em cadeia específica informacional (NASCIMENTO, 2008, p. 207).

Para Valcapelli e Gasparetto (2005), quando o indivíduo assume um posicionamento na vida, mantendo-se firme em seu propósito, desfruta do vigor físico necessário para alcançar e conquistar as metas. Portanto, é fundamental que ele esteja em harmonia interior, com equilíbrio entre os seus sentimentos e a maneira como está agindo, haja vista que os conflitos psíquicos enfraquecem, sabotando toda força realizadora existente. Aceitar o valor e a importância das vontades próprias é fundamental. No caso do masoquista, ele acredita que tem vontades, porém não se sente no direito de buscar seus objetivos, frustrando-se e sufocando os anseios, o que acaba impactando no funcionamento da tireoide.

4.1.4.7 Hipoglicemia e diabetes

Conforme já citado anteriormente como possível enfermidade naquele que sofre com a dor do abandono (caráter oral), esses problemas físicos são comuns também nas pessoas masoquistas, em decorrência do mau funcionamento do pâncreas, o que conseqüentemente provoca hipoglicemia e diabetes, de acordo com Bourbeau (2017).

Tais doenças geralmente se manifestam nas pessoas que têm dificuldade de sentir prazer, dando lugar a sentimentos de culpa, inadequação e *autodepreciação*. Enganam-se sob o pretexto de que aquilo que sentem de fato acontece, acreditando que suas razões são justificativas suficientes para serem ou agirem de determinada maneira. Sentem-se vítimas das circunstâncias, não se dando conta de que tudo aquilo em que acreditam termina por acontecer, como fruto de suas crenças – isto é, a própria pessoa é quem as cria, pois não costuma expressar sua agressividade, por medo de enfrentar as oposições que possam surgir no convívio, recusando-se a mostrar a frustração por não ter recebido da vida, e dos outros, aquilo que imaginava merecer. Logo, a agressividade e sua força destrutiva terminam se voltando contra esse indivíduo, fazendo com que seu estado interno acabe alterando o funcionamento do pâncreas, que passa a apresentar possíveis inflamações, diabetes etc., de acordo com Valcapelli e Gasparetto (2001).

4.1.4.8 Problemas cardíacos

O masoquista é passível de sofrer problemas cardíacos, por não se amar ou se respeitar o suficiente, conforme Bourbeau (2017). Como mencionado anteriormente, ele se julga sem importância e não merecedor de desfrutar do prazer desejado – e, se assim o faz, logo se sente culpado. Uma vez que a região do coração está intimamente ligada a sentimentos e emoções, tem sua representação direta na alegria de viver e capacidade de se proporcionar prazer. Esses indivíduos não conseguem se expressar livremente nem expor os sentimentos em suas ações – apenas reproduzem de forma inconsciente aquilo que aprenderam.

As emoções constituem, pois, um protótipo de manifestações psicossomáticas (ou biopsicossociais) por envolverem tão intimamente as dimensões biológica, psicológica e socioambiental. Apesar da complexidade dos estados emocionais, cabe-nos ficar atentos à sua função sinalizadora: o que elas querem dizer? Até que ponto estão sendo “usadas” como meio de enfrentamento de alguma situação? Qual situação? Cumpre-nos, a partir desse sinal, intentar compreender melhor o que se passa no íntimo do indivíduo e ajudá-lo nessa busca, já que muitas vezes tal dinâmica lhe é inconsciente. A manifestação cardíaca (funcional ou orgânica) constitui muitas vezes a “parte visível” desse complexo processo subjetivo (MELLO-FILHO, 2010, p. 320).

De acordo com Mello-Filho (2010), as manifestações simbólicas do coração são muito antigas bem como a percepção de que os problemas cardíacos estão associados ao nível de estresse. Assim, tem sido aceito o conceito geral sobre existência de um valor atribuído ao órgão como sendo a sede e fonte da vida e das emoções. Os estudos de Selye comprovam que o estresse de fato eleva a pressão arterial. E, independentemente dos impulsos agressivos ou sexuais, o coração poderá ser o meio pelo qual o indivíduo os colocará para fora, ou seja, vai trazer à “superfície” o inconsciente, expondo-o ao meio ambiente, assim como os impulsos que foram reprimidos em um dado momento da vida.

Segundo Bourbeau (2017), o masoquista tem crença de merecer sofrer e, por conta disso, não é raro vê-lo passar por diversos sofrimentos e até procedimentos cirúrgicos.

Todos os problemas físicos citados nesse tópico são causados pelo comportamento ligado à máscara do masoquista. Eles podem se manifestar também em pessoas com outras feridas, mas parecem ser mais comuns naquelas que sofrem da dor de humilhação.

4.1.5 CARÁTER HISTÉRICO OU RÍGIDO

Serão detalhadas a seguir algumas indisposições e doenças que podem se manifestar no indivíduo com caráter histérico/rígido, causado pelo medo da dor de ser trocado ou excluído. São enfermidades que ele pode manifestar ou atrair para si.

4.1.5.1 Dormências e tensões

São sentidas na área superior da coluna e no pescoço bem como nas partes mais flexíveis do corpo (tornozelos, joelhos, quadris, cotovelos, punhos etc.). Segundo Bourbeau (2017), é muito comum ver esse indivíduo estalar os dedos, com o objetivo de relaxá-los, devido às tensões e rigidez.

Já de acordo com Valcapelli e Gasparetto (2004), os exercícios de alongamento tendem a desenvolver os tendões – e práticas como natação e balé geralmente fortalecem e possibilitam firmeza de caráter, tornando o indivíduo mais decidido e determinado a fazer aquilo que gosta. Entretanto, é um padrão de quem sofre a dor de ter sido injustiçado, trocado ou excluído tornar-se mais egocêntrico, exagerado, autossuficiente e com uma personalidade muito rígida.

A fibromialgia “é caracterizada por dor e rigidez dos tecidos moles, tais como músculos, ligamentos e tendões. Há áreas localizadas mais sensíveis, os chamados *trigger points*” (MELLO-FILHO, 2010, p. 251). Essa doença ocorre com mais frequência nas mulheres entre 30 e 50 anos. Não é fácil diagnosticar a síndrome de fibromialgia em razão de suas características – até o momento, não aparece nos exames laboratoriais, dependendo primariamente das queixas e sensações corporais que as pessoas relatam ao médico.

O atendimento foi solicitado porque começou a ter medo do nascimento da filha, achando que seu marido pudesse fazer com ela o mesmo que seu pai lhe fizera. A gravidez começou a apresentar problemas, pois passaram a ocorrer uma angústia desesperadora e dores pelo corpo, principalmente na região pélvica, diagnosticada pelo clínico como fibromialgia (MELLO-FILHO, 2010, p. 577).

Ainda conforme Valcapelli e Gasparetto (2004), os principais sintomas detectados são dor difusa e generalizada pelo corpo, com a presença de fadiga, rigidez matutina e alterações do sono. Para ser diagnosticado com fibromialgia, o paciente precisa apresentar tais sintomas com uma frequência de pelo menos três meses consecutivos. A pessoa com fibromialgia tem um sentimento extremo de arrependimento, por acreditar que foi omissa em algumas situações e vítima da falta de apoio e de consideração dos outros. Sente que foi displicente consigo no tocante às próprias necessidades, para se dedicar e atender às solicitações alheias, e que no final não foi

valorizada, mas até trocada. Arrepende-se fortemente por ter feito pelos outros aquilo que deveria ter feito para si. Sofre de angústia por não ter tomado as medidas cabíveis que, conforme acredita, mudariam todo o curso da vida.

O terceiro grupo de pacientes psicossomáticos apresenta uma doença médica definida que piora com a angústia psicológica. Alguns exemplos são: a síndrome do intestino irritável, a psoríase e a asma. Esse grupo também incluiria um conjunto de distúrbios caracterizados de forma incompleta, como fibromialgia, síndrome da fadiga crônica e sensibilidade química múltipla (MACKINNON, 2008, p. 380).

Valcapelli e Gasparetto (2004) afirmam que os sentimentos e as angústias permanecem corroendo a pessoa, a qual, diante desse tipo de pensamento, fica imaginando que, caso tivesse agido de outra maneira, as coisas não estariam como estão, confusas e cheias de acontecimentos desagradáveis. Não se conforma por ter se omitido em relação a si nem por ter delegado poder a quem não fez jus à confiança que ela depositara, gerando-lhe uma estafa por ter sido trocada.

4.1.5.2 Tendinite, bursite, artrite

Essas são outras doenças inflamatórias que indicam uma raiva interior reprimida, o que é muito frequente nos rígidos, conforme Bourbeau (2017).

É uma forma que a pessoa tem de expressar, por meio do corpo, seu sentimento reprimido, causado até por conta da maneira conturbada como executa as atividades – pois quer ser extremamente rápida para cumprir suas tarefas, terminando por atropelar uma série de atividades rotineiras e indispensáveis, nas palavras de Valcapelli e Gasparetto (2004). A pessoa faz isso por querer ser eficiente, para agradar aos outros e provar que é competente, para não ser trocada ou excluída, sentindo-se, assim, valorizada e respeitada.

Uma referência comum nesses trabalhos é sobre a inibição da expressão da agressividade como um dos elementos mais importantes de suas personalidades, num constante esforço de contenção de sentimentos hostis inconscientes, no nível músculo-ósteo-articular (MELLO-FILHO, 2010, p. 195).

Cobb (apud MELLO-FILHO, 2010) realizou vários estudos, em 1969, nos quais se deparou com novos achados em relação à personalidade do indivíduo que sofria com artrite reumatoide. Observou algumas diferenças entre homens e mulheres com o quadro de artrite reumatóide. Elas se queixam de suas mães, dizendo que são autoritárias e agressivas, porém se comportam da mesma forma, embora não expressem essa agressividade diretamente à mãe. No casamento, os conflitos conjugais costumam ser muito frequentes com os maridos, que geralmente são de posição social inferior ou ulcerosos. Já os homens apresentam menos hostilidade com a mãe (talvez sua hostilidade maior seja com o pai, se tomarmos por base o Complexo de Édipo, de Freud). No casamento são menores os níveis de conflito e atrito conjugal com as esposas, que apresentam pouca agressividade; no entanto, há grandes problemas financeiros e desemprego.

Segundo Bourbeau (2017), a maioria das doenças que se manifestam nos rígidos tende a não ser muito grave, o que explica não buscarem ajuda médica. Geralmente, eles esperam se curar com o tempo ou com automedicação e têm dificuldade de pedir ajuda, temendo incomodar ou desagradar os outros, assim buscando garantir que não serão trocados. Quando admitem que precisam de ajuda, o problema já pode estar bem sério.

4.1.5.3 Prisão de ventre e hemorroidas

É um problema muito frequente a prisão de ventre, que parece apontar para pessoas muito comedidas, que hesitam em se doar, retendo excessivamente as coisas, segundo Valcapelli e Gasparetto (2001). Esse indivíduo não se satisfaz enquanto não se certifica que explorou o máximo que podia da situação. Teme não aproveitar o bastante, antes de ser trocado ou excluído, por isso segura o quanto pode o bolo alimentar no interior do intestino, mais que o tempo normal. Quando decide fazer algo, tem a necessidade de ser detalhista e perfeccionista. Não admite parar enquanto não concluir o que se propôs, dedicando-se com todo o seu talento aos afazeres. Isso ocorre por conta de sua dificuldade em relaxar e da repressão imposta a si mesmo.

Em análise há dois anos, fala muito de seus intestinos, cujas alterações residem em nível funcional, caracterizadas por período de diarreia e constipação, com predominância de prisão de ventre. Faz referências a cólicas abdominais, tanto na diarreia como na constipação. Refere que a mãe usava supositórios quando transitava por período constipante [...]. Viveu como filho único com os pais, donos de pensão, em cidade do norte do país. Mãe dominadora e gerente dos negócios da pensão. Pai passivo e tolerante, jamais censurando ou premiando o filho (MELLO-FILHO, 2010, p. 263).

O caso apresentado demonstra claramente que a maior dor dessa pessoa era a de ter sido trocada ou excluída por parte dos pais, em especial pela mãe, provavelmente por conta da excessiva dedicação ao trabalho.

Antônia, 46 anos, solteira [...] sofria de doença de Crohn, uma doença intestinal de natureza imunológica, razão pela qual já havia sido operada uma vez. Certa feita, em seu segundo ano de tratamento, falávamos sobre os homens em sua vida e sobre um namorado com quem estava saindo. Discorria sobre suas dificuldades em aproximar-se sexualmente desse homem, o que sugeria algo de natureza histérica. Interpretamos essa situação como decorrente de uma relação com um pai analista idealizado, que a aprisionava impedindo a aproximação com outro homem e criando uma área de proibição pulsional. Vínhamos há tempo falando sobre seu pai, realmente idealizado e proibidor. Concordeu e saiu com o namorado. No dia seguinte, ligava-me de um hospital onde estava internada com crise intestinal séria, que quase lhe valeu outra cirurgia (MELLO-FILHO, 2010, p. 486).

Existe um fato que ocorre de forma inconsciente e paradoxal com quem sofre a dor de ser trocado ou excluído: geralmente temem muito fazer o mesmo com os seus pais, embora o façam sem perceber. Ainda conforme Valcapelli e Gasparetto (2001), essas pessoas enfrentam uma dificuldade extrema de se relacionar afetivamente, pela falta de espontaneidade em se expor bem como de se doar para quem gostam, não compartilhando os sentimentos mais íntimos por medo de serem deixadas. É como se dissessem: “antes de perder é melhor nem ter”. Habitualmente não gostam de deixar para trás o que é seu nem de abrir mão daquilo que lhes pertence, sejam conquistas ou pontos de vista. Assim, são difíceis de serem convencidas do contrário daquilo que acreditam ou decidiram. Ao falarem de si, confundem-se totalmente. Costumam se inferiorizar, com situações que terminam fermentando interiormente, ou retendo o bolo fecal e ocasionando a produção de gases, a qual pode ser constante ou eventual, em determinadas fases ou situações da vida. Por serem muito reservadas, as situações de cunho interior e íntimo são mal resolvidas.

4.1.5.4 Varizes

São ocasionadas por má circulação do sangue e entupimento das veias das pernas, representando que a pessoa se sente limitada e incapaz de realizar seus objetivos, de acordo com Valcapelli e Gasparetto (2005). Não consegue fluir livremente, sentindo-se presa no presente. Em alguns casos, os fracassos do passado tornam-se os bloqueios no presente. Espelhando-se nas falhas anteriores, retraem-se na execução dos projetos. As varizes surgem, paradoxalmente, nas pessoas criativas, que têm imaginação fértil e capacidade de melhorar a situação. No entanto, sentem-se obrigadas ou submissas aos outros, principalmente aos parceiros, e não convertem essas qualidades em recursos práticos.

A origem da contenção, ao nível de artérias e veias, residiria nos mecanismos de defesa, face a ira decorrente do fato de necessitar de objeto que não é encontrado, acarretando sofrimento de grande solidão [...]. Na relação objetal infantil, no ato de separação da mãe, esta tira pedaços do corpo. Nesta altura, para evitar o esvaziamento, os vasos são mobilizados para funcionar como órgãos de contenção. Às vezes, a hiperatividade muscular funciona como segunda pele (MELLO-FILHO, 2010, p. 267).

O autor descreve, assim, uma pessoa com dificuldades em lidar com a possibilidade de ser trocada ou excluída, sofrendo com varizes em uma reprodução física da representação psíquica, como se estivessem lhe tirando um pedaço e os vasos se formassem como uma teia de contenção, que mantém aquilo que ela acredita ser seu, impedindo a perda.

Valcapelli e Gasparetto (2005) pontuam que, geralmente, esses indivíduos até sabem o que fazer – ou seja, não é por falta de consciência de seu potencial para solucionar os problemas que se afligem –, mas na hora de colocar em prática, o medo inconsciente de ser trocado ou excluído os paralisa. Ficam, assim, restritos às árduas tarefas do cotidiano. Comumente essas pessoas se sentem sufocadas pela rotina – que toma todo o seu tempo, causando-lhes desmotivação –, presas em um círculo vicioso, frustrando-se por se sentirem limitadas. Elas não são assim (são dinâmicas e hábeis para superar as dificuldades e mobilizar recursos para driblar os obstáculos), no entanto se sentem bloqueadas.

4.1.5.5 Pele ressecada

O rígido frequentemente apresenta problemas de pele, representando uma recusa em admitir as circunstâncias nas quais se encontra. Tal quadro causa então alergias que se manifestam na pele, esse extenso órgão considerado a parte do corpo que, conforme Valcapelli e Gasparetto (2001), entra em contato com a vida e os relacionamentos interpessoais.

Roserifeld (1974) descreve imagem corporal neurótica como representação mental inconsciente da pele que recobre, com calor, o corpo. Bick (1970) e Anzieu (1974) referem-se à noção integrada da pele que sustenta e contém psicologicamente o calor do pai e da mãe (MELLO-FILHO, 2010, p. 267).

Valcapelli e Gasparetto (2001) explicam que os receptores nervosos localizados na pele são os responsáveis por identificar a redução da temperatura do ambiente quando o indivíduo se sente trocado ou excluído. Nessa perspectiva, pulmões e pele são considerados órgãos ligados a relacionamentos interpessoais, conforme esses autores. A pele representa um contato direto, que pode ser palpável e que, na maioria das vezes, depende da vontade do indivíduo, ou melhor, pode-se escolher o que/quando/por que tocar ou até mesmo por quem ser tocado. Já em se tratando dos pulmões, o contato é estabelecido por meios indiretos e sutis. Mesmo não suportando uma pessoa ou querendo estar no mesmo ambiente, respira-se o mesmo ar que ela, o que é inevitável. Nesse sentido, a pele representaria algo como “não toco nem deixo ser tocado”; já os pulmões são expressos pela fala “eu tenho que engolir”. A dor desse caráter está relacionada à necessidade de ser tocado.

Aluna L. Seu enfermo, homem de 60 anos, fora internado por grave psoríase generalizada, que não respondia aos tratamentos habituais. Aspecto externo desagradável; o próprio médico responsável tinha asco de chegar ao leito. L. sentou-se ao lado e puxou conversa – o que repetiu até a alta três semanas depois – mal sabendo o que era a doença, porém conversando sempre. Depois, fez anamnese e exame físico sem maiores dificuldades. O doente melhorando, foi suspenso o corticoide e obteve alta com mínimas lesões. Nos poucos dias em que L. não compareceu à enfermaria, ao encontro, ele ficou ansioso e frustrado. Não houve preparação para se desligar de L., a quem chamava de netinha. Retornou em quinze dias, piorado, com lesões sangrantes, apesar de voltar a usar altas doses de corticoides (MELLO-FILHO, 2010, p. 65).

De acordo com Bourbeau (2017), a psoríase, que também é um dos problemas da pele, apresenta um fato curioso: as crises, em geral, acontecem nas pessoas portadoras do caráter rígido, principalmente no período de férias ou quando tudo parece estar correndo bem em suas vidas (salvo quando essa enfermidade se manifesta em outro tipo de caráter, como o oral, por exemplo). No caráter rígido, parece ocorrer por conta de um sentimento de culpa do indivíduo, por estar sendo injusto com os outros, trocando ou excluindo estes de sua vida, como se tudo estivesse perfeito sem a companhia deles.

4.1.5.6 Problemas no fígado

Conforme mencionado anteriormente, esses quadros são frequentes e ocasionados pelo excesso de raiva contida. Representam assim a alteração do humor, que interfere na função hepática. Valcapelli e Gasparetto (2001) explicam que, quando o indivíduo desenvolve habilidade no gerenciamento emocional, consegue agir de forma a não potencializar os fatos – assim, as coisas ficam mais leves e fáceis de serem digeridas. Esse comportamento auxilia na absorção, pelo corpo, tanto dos alimentos como de uma situação conflituosa, mesmo nos casos mais pesados.

Vale reiterar que, para a pessoa com caráter histérico/rígido, as doenças não costumam aparentar gravidade que justifique o porquê de se fazer uma consulta médica – pelo menos é nisso que ela acredita. Assim, nutre expectativas de curar-se por si só, com o tempo, ou acaba se automedicando. Costuma não compartilhar nem falar a respeito, não querendo que os outros saibam que possui alguma dificuldade – pois, se admitir que precisa de ajuda, tem uma crença de que as pessoas podem se afastar, excluindo ou trocando-a por alguém que não venha a dar problemas.

4.2 NA APARÊNCIA FÍSICA

A fragilidade psíquica se expressa por meio do físico, pois as frequências dos pensamentos conectados e transmitidos pelos neurônios

espalhados em todo o corpo moldam o mesmo, encontrando sempre um meio para falar e informar o que está se passando (e que alguma coisa merece atenção). O corpo revela, por meio das características físicas, o tipo de máscara que está sendo usada.

A maneira de se definir qual delas apresenta maior predominância no indivíduo é pela análise do percentual que cada caráter apresenta no corpo – uma vez que já se sabe que o indivíduo participa de todos eles, o que muda é o quanto um predomina sobre o outro. Esse é o meio utilizado para determinar quais são as maiores características existentes no indivíduo, que pode apresentar mais de um que seja predominante, segundo Bourbeau (2017).

4.2.1 O corpo do esquizoide ou escapista

De acordo com os estudos de Lise Bourbeau⁸, esse indivíduo tem o corpo contraído, muito estreito, esguio, comprido, alongado e fragmentado, dando a sensação de que está dividido ou separado por partes.

8 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Rio de Janeiro: Sextante, 2017

Segundo Lowen (1977), o corpo do esquizoide/escapista apresenta características como: a cabeça parece estar apenas colocada no pescoço rígido, dando a sensação de não estar presa nem firme e apresentando-se ligeiramente inclinada para um dos lados; sua atitude é a de desligamento, como se estivesse desalinhada fora da linha central, dando indícios de fortes tensões visíveis no pescoço.

Há também: tensões musculares; bloqueio entre pélvis e espinha; pouca mobilidade no quadril; nenhuma mobilidade pélvica, com movimentos corporais mecânicos principalmente na base do crânio, nas articulações dos ombros, nas regiões pélvicas e ao redor do diafragma.

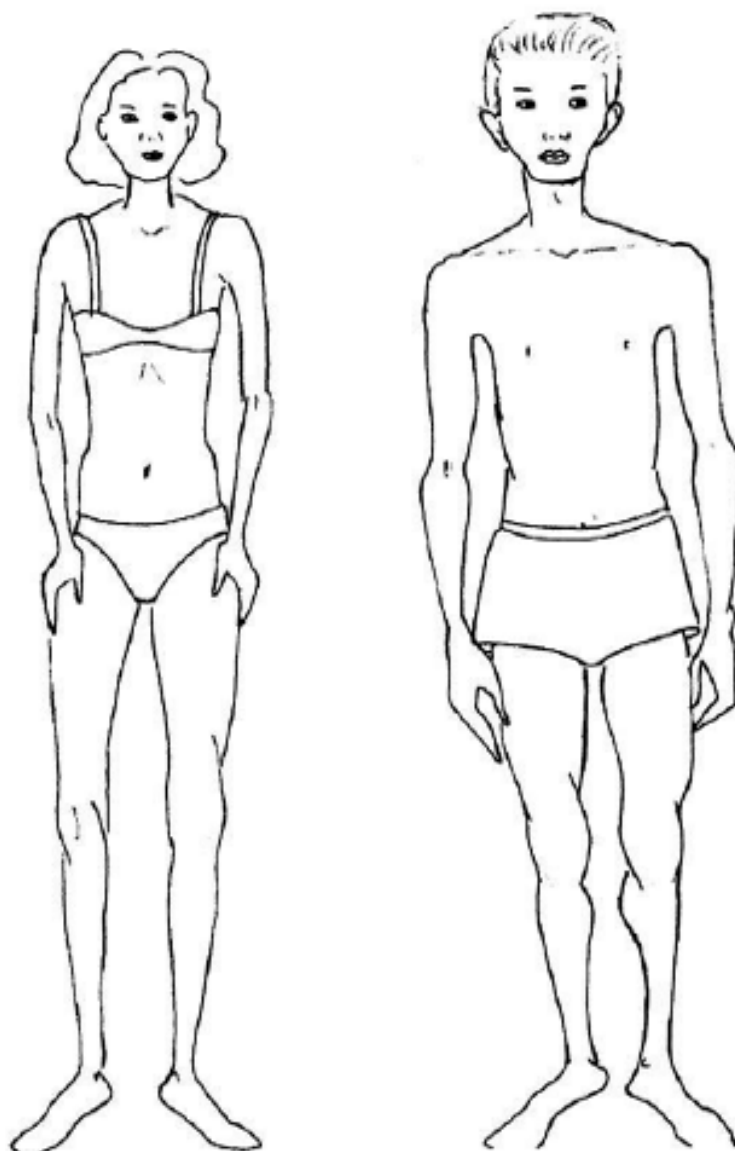


Figura 6: Escapista
Fonte: Bourbeau, 2017.

Ainda conforme Bourbeau (2017), essa máscara, ou caráter, é percebida fisicamente como um corpo escapista (“esquizoide”, nas palavras de Lowen e Reich), isto é, aquele que quer desaparecer para não ser visto ou notado.

Ele é estreito e contraído, com o objetivo de se esquivar, ofuscar e não ser visível, procurando ocupar o menor espaço possível. O corpo desse indivíduo dá a impressão de que quase não há carne e que a pele está grudada nos ossos do esqueleto, aspecto esse causado pela ferida da rejeição – a qual, como explicado, ocorreu no período da gestação. Isso explica por que sua aparência é um tanto fragmentada, como se as partes do corpo não se encaixassem.

Estudamos a dinâmica da estrutura corporal conforme encontrada nos caracteres esquizoides. Somos frequentemente impressionados, primeiro pela aparência da cabeça. Não parece nunca estar presa com firmeza ao pescoço. Não é incomum que esteja ligeiramente inclinada de tal modo que sentimos que ela poderia rodar para o outro lado. A própria cabeça está contraída e tensa, conferindo a toda ela uma expressão de magreza. Afora essa expressão, o rosto é comumente como máscara. É tenso o escalpo ao redor do topo da cabeça e há fortes tendências à calvície frontal, no homem. Já mencionado o vazio da testa e a falta da expressão nos olhos. A boca nunca é cheia ou sensual. Depois de algum tempo, espanta a contínua ausência de alegria, intensidade ou luminosidade da expressão. Não é depressiva; é fria. O segmento do ombro no caráter esquizoide exibe perturbação característica. Os braços têm força; no entanto, o movimento de socar está cindido. O corpo não participa do movimento [...]. As pernas também exibem uma relação com a pélvis, semelhante à existente entre os braços e a cintura escapular, a saber que não existe liberdade na articulação do quadril. Daí resulta uma imobilidade pélvica mais severa do que a observada em qualquer outra estrutura neurótica. Os músculos das coxas e pernas podem ser flácidos ou acentuadamente superdesenvolvidos (LOWEN, 1977, p. 325-326).

Bourbeau (2017) afirma que o lado direito do corpo ou do rosto pode ser muito diferente do esquerdo, o que supostamente revelaria se essa dor foi ocasionada pela relação com pai ou mãe – embora seja muito raro encontrar alguém cujos lados do corpo sejam idênticos. Corpo fragmentado é aquele que aparenta faltar algo, por exemplo: as nádegas e os seios são reduzidos e achatados, o queixo é quase inexistente, os tornozelos são bem menores em relação às panturrilhas, manifestando uma total desarmonia entre as partes superior e inferior. Tem-se a sensação de que a pessoa vai se dobrar sobre si mesma. Os ombros são voltados para frente e os braços, colados ao corpo. Dá a impressão de ser um adulto em corpo de criança. Já os olhos são pequenos, com medo, aparentemente vazios ou ausentes, pois a pessoa afetada pela ferida da rejeição parece estar sempre tendendo a refugiar-se em seu mundo interior. Por vezes, notam-se olheiras fundas, passando a

impressão de que usa uma máscara e que está, sobretudo, em volta dos olhos.

4.2.2 O corpo do oral

É dilatado, por vezes até magro, porém sem tónus. Com pernas fracas, dorso curvado e braços pendendo ao longo do corpo, esse indivíduo apresenta várias partes caídas ou flácidas. “Há sinais de infantilidade também no corpo (aspecto infantilizado) bem como uma fraqueza generalizada” (Volpi; Volpi, 2003 apud MACHADO, 2014, p. 4).

O termo caráter se refere a sinal, marca, e, quando aplicado à personalidade, denota os aspectos que foram gravados, inscritos no psiquismo e no corpo de cada indivíduo durante o seu desenvolvimento. Uma forma de defesa para a própria sobrevivência emocional nos dá um padrão de funcionamento, um jeito de sentir, de funcionar na vida. Conforme Navarro (1995), a couraça manifesta-se no corpo, diante da emoção primária do medo (Volpi; Volpi, 2009 apud MACHADO, 2014, p. 1-2).

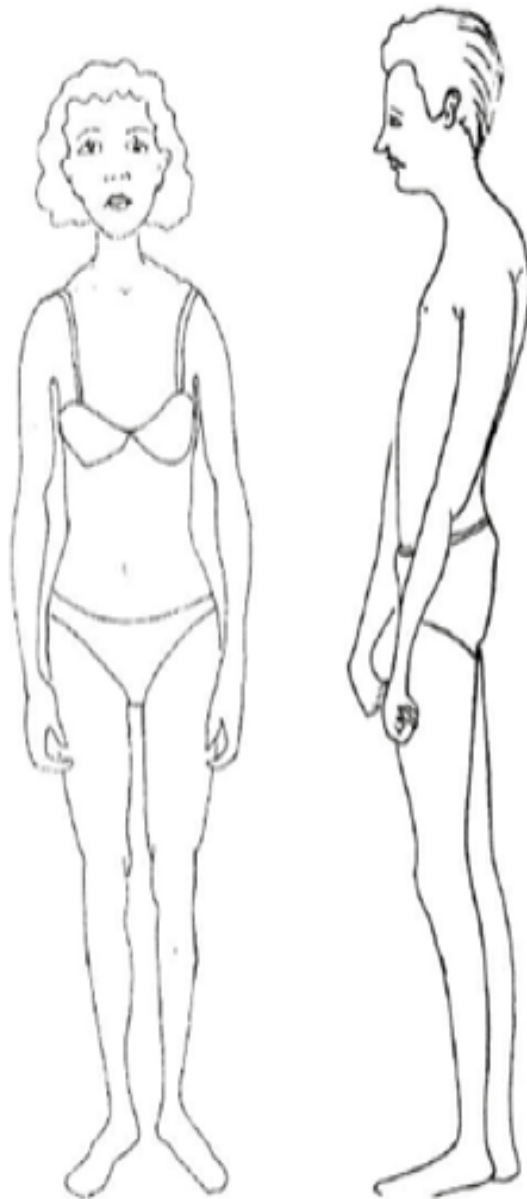


Figura 7: Oral
Fonte: Bourbeau, 2017.

Bourbeau (2017) explica que a máscara do oral é criada pelo próprio indivíduo para se proteger da dor do abandono, a fim de esconder de si mesmo a ferida e o comportamento dependente. Quem sofre a dor do abandono tem um corpo carente de tônus, esguio, magro e apático. O desenvolvimento do sistema muscular é muito tímido e parece não ser capaz de manter o corpo ereto. Isso exprime exatamente o que se passa no interior da pessoa.

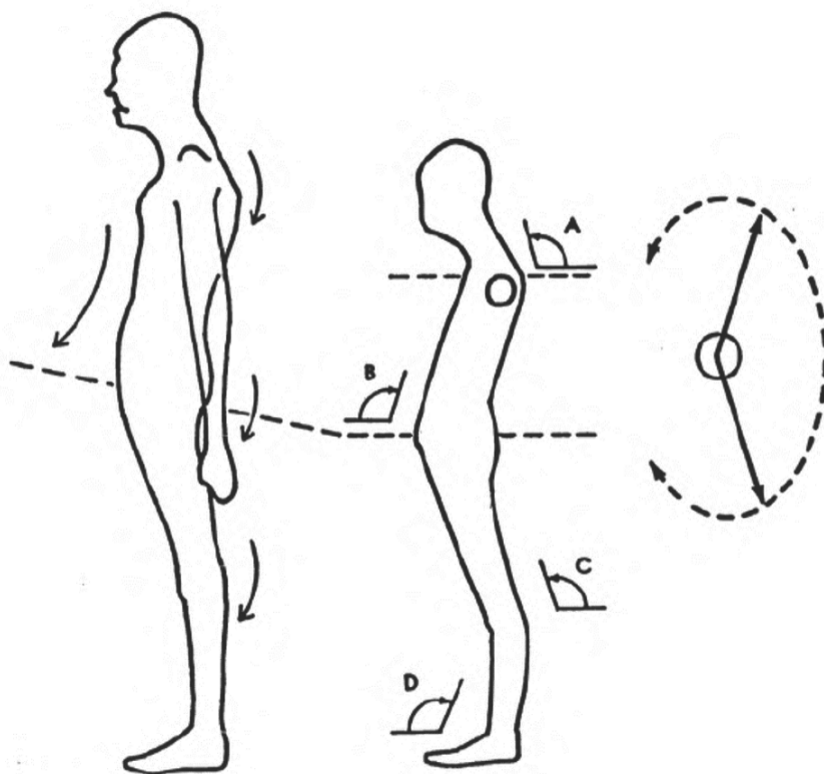


Figura 8: Estrutura oral
Fonte: Lowen, 1977.

De acordo com Lowen (1977), o peso do corpo de quem tem o caráter oral recai sobre os calcanhares, como se fizesse um arco, permanecendo todo o peso entre a sola do pé e o calcanhar. Geralmente tem as costas encurvadas, os ombros caídos, com a cabeça mais à frente, assim como a pélvis e os glúteos. As pernas não são suficientemente fortes, então o corpo se apóia na espinha – logo, as costas não estão disponíveis para situações ou ações agressivas. O movimento para fora é indicado pela cabeça, uma vez que as pernas não têm forças.

Bourbeau (2017) concorda que as pernas são fracas no indivíduo com esse caráter. Os braços são compridos, pendendo-se ao longo do corpo. Trata-se do tipo de pessoa que parece não saber o que fazer com os braços, podendo ter uma aparência curvada, como se a coluna não fosse capaz de suportar seu peso. Algumas partes do corpo – como ombros, seios, nádegas, bochechas e barriga – podem ser caídas ou flácidas. A característica mais marcante no dependente é a falta de tônus muscular. Ele pode possuir um

excesso de peso ou não, e mesmo assim ser um oral e dependente. Os olhos são grandes, saltando mais, aparentemente tristes, indicando que é uma pessoa que sofre continuamente, como se pedisse algo ou ajuda o tempo todo.

4.2.3 O corpo do fálico-narcísico ou controlador

Seguindo com Lise Bourbeau (2017), esse corpo exibe força e poder. No homem, os ombros são mais largos que os quadris. Na mulher, quadris mais largos e fortes que os ombros. Peito estufado, com barriga proeminente.

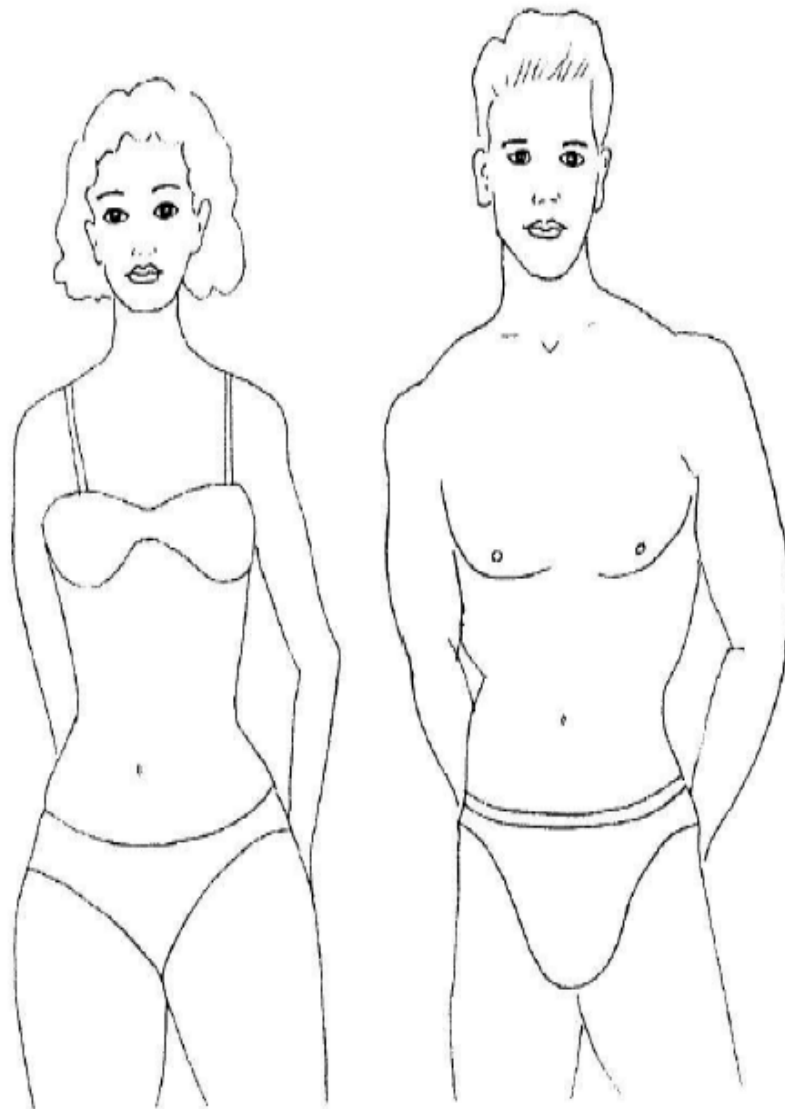


Figura 9: Controlador
Fonte: Bourbeau, 2017.

Conforme Bourbeau (2017), esse tipo de caráter ou couraça cria para si próprio um corpo que exhibe força e poder, como se dissesse: “sou responsável, podem confiar em mim”. Quando se vê alguém com os ombros fortes, mais largos que os quadris, formando um triângulo, logo se percebe que é uma pessoa controladora e que quer se impor. Às vezes, é sutil a diferença entre ombros e quadris, mas confie em sua intuição: quando tiver a sensação de que tem mais energia na parte de cima do corpo, muito provavelmente está diante de uma pessoa que se sentiu usada ou manipulada. Principalmente homens com ombros largos, bíceps vigorosos e peito estufado, procurando meio de exibir os músculos, têm uma ferida da manipulação de nível mais grave. Vale lembrar que o processo de qualquer máscara ocorre, na grande maioria, no nível inconsciente, ou seja, nem mesmo a pessoa que sofre sabe disso.

Seu rosto era expressivo, os olhos vivos e abertos, a boca suave e propensa ao sorriso, o queixo bastante determinado. No divã, notavam-se os ombros largos, o peito cheio, quadris estreitos e pernas bastante rijas. A respiração era predominante abdominal; o peito ficava preso na posição de inspiração (LOWEN, 1977, p. 257).

Bourbeau (2017) destaca o olhar intenso e sedutor, já que se trata de um indivíduo muito rápido para ver as coisas, com o dom de, através desse olhar, fazer as pessoas se sentirem especiais e importantes. A intensidade do olhar possibilita perceber tudo o que acontece à volta com perspicácia. Ele usa essa forma de olhar também quando quer manter o outro a distância ou intimidá-lo, com o intuito de se proteger, disfarçando sua fraqueza, vulnerabilidade e impotência. Cabe dizer que, quando alguém possui apenas algumas das características mencionadas – e isso vale para todas as feridas citadas –, significa que a ferida em questão tem sua gravidade bem reduzida nessa pessoa, ou seja, quanto mais grave, mais características serão notadas. A parte do corpo que indica força ou poder declara o quanto a pessoa tem medo de ser usada ou manipulada.

4.2.4 O corpo do masoquista

Gordo, arredondado, com estatura baixa, pescoço largo e inchado, além de tensões no pescoço, na garganta, nos maxilares e na pélvis. Rosto redondo e franco, conforme descrições de Bourbeau (2017).

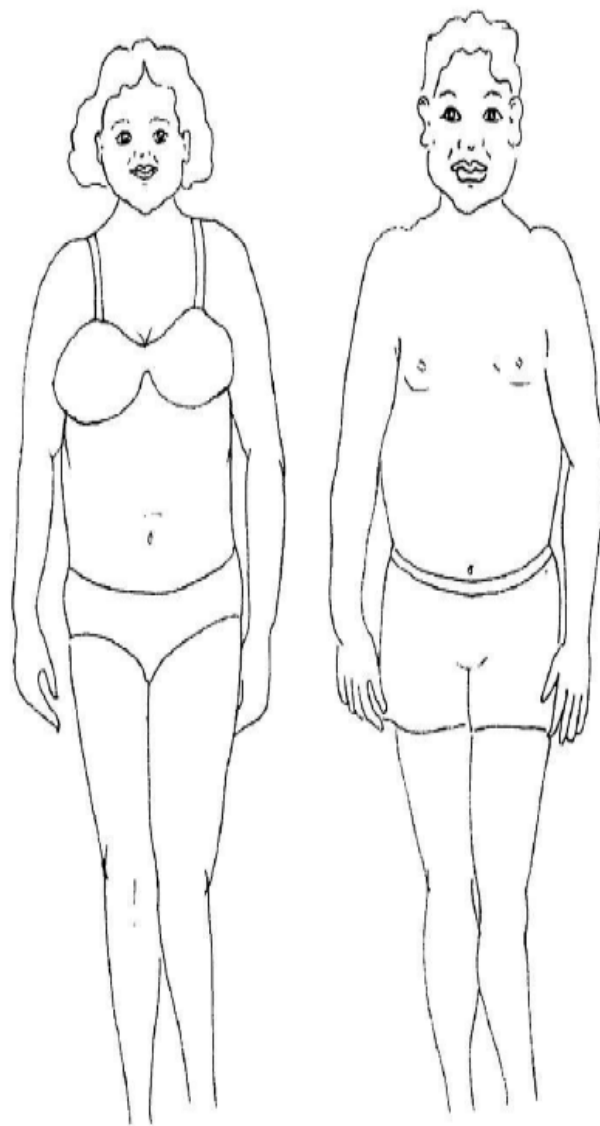


Figura 10: Masoquista
Fonte: Bourbeau, 2017.

Bourbeau (2017) ressalta que, como o masoquista se julga sujo, sem coração ou menos que os outros, a descrição física dessa máscara apresenta um corpo grande e que remete à vergonha. Nota-se que é diferente de um corpo musculoso: talvez até tenha uma aparência de forte, porém parece

mais compacto do que largo, o que fica claro quando observado de costas. Essa descrição se aplica tanto a mulheres quanto homens.

Notava-se que o peito se movia facilmente com a respiração e que o abdômen era macio, também isto mudava sob a influência de sentimentos fortes. Os músculos abdominais enrijeciam-se num nó apertado. As nádegas se contraíam, e a pélvis era empurrada para frente e para cima. Os ombros eram mantidos com extrema firmeza, mas não ficavam quadrados. Era óbvia uma acentuada rigidez nas coxas e pernas, as juntas dos joelhos e cotovelos ficavam bastante inflexíveis de modo que era de difícil dobragem. Os pés ficavam muito contraídos e formando um arco alto. Os artelhos não se separavam (LOWEN, 1977, p. 182-183).

Bourbeau (2017) pontua que, às vezes, só uma parte do corpo é grande e protuberante – isso pode indicar que a ferida da humilhação não é tão intensa. Nessa acepção, o masoquista pode apresentar as seguintes características: estatura baixa; pescoço largo e inchado; tensões no pescoço, na garganta, maxilares e pélvis; rosto geralmente redondo; olhos grandes, arregalados, abertos e inocentes como os de uma criança. Se uma pessoa apresentar todas essas características físicas, fica claro que ela sofre de uma ferida de humilhação mais intensa.

4.2.5 O corpo do histérico ou rígido

Nas palavras de Bourbeau (2017), é aprumado, rígido e o mais perfeito possível. Proporcional, com nádegas redondas e cintura marcada. Movimentos tensos, maxilares cerrados, pescoço duro e empertigado completam a descrição.

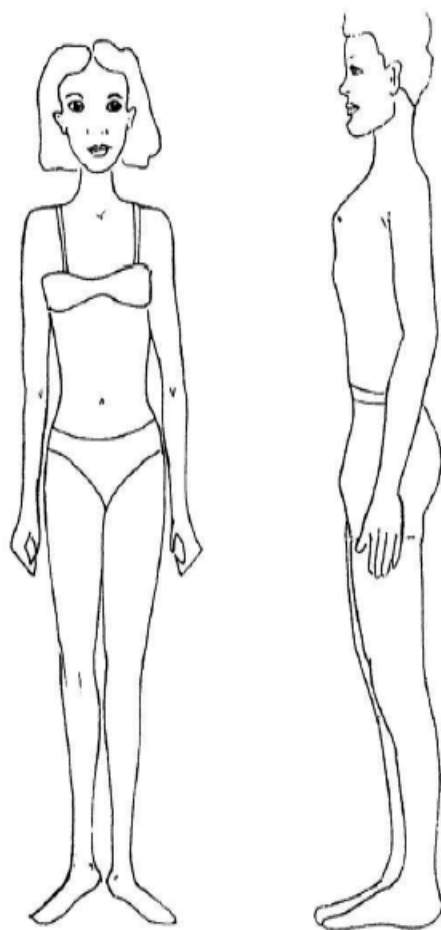


Figura 11: Rígido
Fonte: Bourbeau, 2017.

As principais características de quem possui a máscara do rígido, de acordo com Bourbeau (2017), são: corpo reto, altivo, direito, espigado e proporcional; ombros retos e com a mesma largura dos quadris, dando uma aparência de violão e mantendo os braços colados ao corpo. Mesmo que esse indivíduo ganhe peso ao longo da vida, o corpo continuará com aparência proporcional. O medo de engordar é tão grande que faz de tudo para isso não acontecer, não aceitando nem mesmo uma barriguinha proeminente. Sua crença é que o corpo de uma mulher deve ter curvas – do contrário, não considera feminino. Os homens e mulheres apresentam nádegas mais arredondadas. As mulheres têm baixa estatura e gostam de usar roupas justas na cintura ou colocar um cinto para marcá-la. O corpo do

rígido tensiona especialmente as pernas e braços, mesmo quando em repouso, precisando se esforçar para relaxar ou distender as pernas.

Caráter histérico demonstra que está baseado numa total rigidez corporal. As costas são rígidas, não se curvam. O pescoço é duro e a cabeça mantida ereta. A pélvis é mais ou menos retraída e mantida apertada. Mais importante ainda, a parte anterior do corpo é dura. É a rigidez do peito e do abdômen o elemento essencial para uma couraça. A frente é o aspecto do corpo macio e vulnerável, sensível, o reino dos sentimentos ternos (LOWEN, 1977, p. 231).

Bourbeau (2017) enfatiza que se deve permitir que pernas, ombros e braços relaxem – essa tensão e rigidez demonstram, no corpo, o nível de medo que o indivíduo tem de ser tocado. Os braços, em especial o cotovelo, são colados ao corpo e ao ombro. Já as mãos cerradas e pernas grudadas uma a outra são a clara expressão de fechamento da pessoa em si mesma. Outras características elencadas pela autora são: olhar brilhante, vivo e inquieto; maxilar cerrado; pescoço rígido e reto de orgulho, sendo possível ver os nervos do pescoço salientes. Se alguém apresenta todas essas características físicas descritas é um sinal de que essa ferida é grave.

4.3 POR MEIO DA LINGUAGEM

Lise Bourbeau (2017) pontua que a maneira de falar e a voz diferem conforme a máscara usada pelo indivíduo. A seguir, tem-se um resumo das características apontadas pela autora.

4.3.1 O esquizoide/escapista

Apresenta uma voz apagada e fraca. O seu vocabulário é sempre de: “nulidade”, “nada”, “inexistente”, “sumir”. Exemplo: à pergunta “como são suas relações com fulano?”, um esquizoide/escapista responderá “inexistente”, quando a maioria das pessoas diria simplesmente que não vão bem.

4.3.2 O oral/dependente

Adota uma entonação infantil bem como um tom lamuriante. O seu vocabulário é sempre: “ausente”, “sozinho”, “não suporto”, “estou sendo

devorado”, “não largam do meu pé”. Exemplo: “meu filho devora toda a minha energia” ou “meu trabalho devora o meu tempo”.

4.3.3 O fálico-narcísico/controlador

Tem uma voz potente e de grande alcance. O seu vocabulário é sempre: “dissociado”, “você entendeu?”, “sou capaz”, “deixa que eu faço sozinho”, “eu já sabia”, “confie em mim”, “eu não confio nele”. Exemplo: basta a pessoa se desentender com o cônjuge para se sentir cortada ao meio, desesperada, com medo de uma separação. Quando as coisas não correm como quer, fica furiosa e fala mal dos outros pelas costas para quem quiser ouvir. Não percebe, nesse momento, que está agindo tão mal quanto aqueles a quem critica.

4.3.4 O masoquista

Costuma dissimular sentimentos em sua voz, a fim de parecer uma pessoa interessada. O seu vocabulário é sempre: “ser digno”, “ser indigno”, “pequeno”, “grande”. Exemplo: ele dirá coisas como “tem um minutinho para mim?”, “posso dar uma sugestãozinha?”.

4.3.5 O histérico/rígido

Fala de maneira mais mecânica e contida, com o seguinte vocabulário: “sem problema”, “sempre/nunca”, “muito bom/muito bem”, “muito especial”, “justamente”, “exatamente”, “seguramente”, “concorda?”. Exemplo: quando alguém encontra um rígido e pergunta como está, ele responde sistemática e rapidamente: “superbem!” Durante a conversa, fala de vários acontecimentos em sua vida que não vão tão bem assim. Então, o interlocutor lhe diz: “mas você disse que estava superbem!”, e ele argumenta que não são problemas sérios.

DESENVOLVENDO SUA AUTOESTIMA⁹

⁹ Adaptado de *PNL – Programação Neurolinguística: a nova tecnologia do sucesso*, de Steve Andreas e Charles Faulkner (1995).

1. Autoimagem: reserve um momento para imaginar como você se vê. Pense em como você se parece. A forma é moderada ou fortemente intensa?

2. Ajuste o conteúdo: o conteúdo é positivo ou negativo? Primeiro, certifique-se de que o conteúdo seja positivo. Procure distorções físicas e veja-se como você realmente é. Note tudo que for negativo nesta imagem, mude-a para uma representação positiva, pensando em um aspecto mais assertivo do que vê representado. Por exemplo, se você se vir “de fora”, como em câmera, e amigos lhe aconselharam um psiquiatra; outros recomendaram férias prolongadas e há quem tenha sugerido imersão total no trabalho.

5

COMO ELABORAR A DOR E SUPERAR OS BLOQUEIOS E VÍCIOS EMOCIONAIS

Existem bilhões de pessoas no planeta e muitos tipos de personalidades diferentes, algumas são introvertidas, outras extrovertidas, algumas se guiam pela lógica e outras pelos sentimentos. Em um mundo com tantas diversidades como aprendemos a lidar com aqueles que são diferentes? E como aprendemos a entender e aceitar quem nós somos?

CARL JUNG

O autoconhecimento tem um valor especial para o próprio indivíduo. Uma pessoa que se “tornou consciente de si”, por meio de perguntas que lhe foram feitas, está em melhor posição de prever e controlar seu próprio comportamento.

B. F. SKINNER

O autoconhecimento tira uma máscara que nem você mesmo sabia que existia. Seu escudo superficial é destruído, e quando você acha que está vulnerável sem ele, você descobre que a sua real força estava ali o tempo todo, escondida atrás de algo inventado pelo medo.

ANA PAULA FERNANDES VENTURA

A recomendação de Sócrates – “Conhece-te a ti mesmo” – faz pensar que o autoconhecimento é o respeito próprio que o indivíduo dá a si próprio, assumindo seus talentos e fraquezas, sabendo que não precisa ser outra pessoa – e sim reconhecer e se aceitar como de fato é –, para poder assim

obter o equilíbrio entre os mundos interno e externo, bem como manter-se saudável na relação com a vida e as pessoas ao redor.

Segundo Jung (1875-1961), o autoconhecimento é “ampliação” da consciência, o meio pelo qual os conteúdos do inconsciente que foram reprimidos (geralmente por serem desagradáveis e intoleráveis ao próprio indivíduo) são liberados e conscientizados.

5.1 RECONHEÇA QUAL É O SEU CARÁTER

Uma máscara ou couraça representa um tipo de caráter que é próprio da pessoa, com suas numerosas crenças que foram desenvolvidas ainda na infância e que influenciarão as atitudes interiores e os comportamentos de cada indivíduo.

Muito antes dessa descoberta, o objetivo da análise do caráter consistia na liberação da “energia psíquica” (como então era chamada) da couraça do caráter e da couraça muscular, e no estabelecimento da potência orgástica (REICH, 1998, p. 329).

Reich (apud ZIMERMAN, 2007), em *Análise do caráter*, escrito de 1933, trouxe uma grande contribuição para o entendimento de que uma análise é muito mais que remoção de sintomas – ela visa mudança a partir da observação da “armadura caracterológica resistencial” da qual todos são portadores, em alguma forma e grau.

Desse modo, o caráter é desenvolvido para evitar o sofrimento provocado pelas dores emocionais, tendo como objetivo ajudar a criança a sobreviver a esse mundo e suas feridas emocionais. Reich (1998) avançou em sua investigação acerca de couraças musculares, bloqueios energéticos, doenças somáticas e natureza da energia biológica. E Fenichel (2005) parece concordar com essa postulação ao afirmar que ocorrem efeitos físicos provenientes dos estados emocionais represados e refletidos no sistema muscular.

As máscaras ou caráter são criados pela criança em decorrência da necessidade de se proteger, o que torna “você quem você é”. No momento em que você se der conta disso, agradeça por enxergar e tornar-se consciente de sua ferida. Assim, você se dá o direito de ser humano, compreendendo

que só precisa se aceitar. Quando você conseguir pensar de forma natural sobre o motivo por que reagiu dessa forma, sua cura estará bem avançada.

5.2 RECONHEÇA QUAIS SÃO AS SUAS FRAGILIDADES

5.2.1 Rejeição

Diz respeito àquela pessoa que fica grande parte do tempo em um mundo imaginário que criou. Ela vive sozinha em seu universo imaginário, fantasiando histórias. É o tipo de pessoa que inventa todos os motivos para não ficar exposta aos ambientes, sentindo-se rejeitada ou se rejeitando por não reconhecer aquele mesmo ambiente como seu mundo. Na verdade, essa pessoa vivencia um conflito interno: quer ser percebida e reconhecida ao mesmo tempo em que não acredita em seu direito de existir. É como se dissesse: “não quero que me vejam, ao mesmo tempo quero que se deem conta de que existo”.

“Quando os pacientes se queixam de se sentirem distantes, isolados ou apáticos, seu sentimento pode ser remontado a essa contradição entre a corrente libidinal objetual e a tendência de se refugiar dentro de si mesmo” (REICH, 1998, p. 292).

Essa pessoa é superprotegida por apresentar uma figura franzina – então, para tentar compensar essa constituição física, os outros procuram fazer tudo por ela, que, em vez de se sentir amada nessas circunstâncias, se sente rejeitada em suas capacidades. “Está mais à mercê das forças externas do que o neurótico. Responde imediatamente e diretamente à afeição, mas, de modo igualmente imediato, paralisar-se-á numa situação que sinta ser negativa” (LOWEN, 1977, p. 324). Busca manter-se isolada, em meio à solidão, pois receber muita atenção remete ao medo de não saber como agir.

Uma criança superprotegida pode se sentir rejeitada porque, em sua percepção, não é aceita pelo que é. Para essa pessoa que sofre com a rejeição, ser amada torna-se símbolo de “ser sufocada”, levando-a a duas reações: rejeitar e fugir quando encontra alguém que a ame, pois terá medo de ser sufocada (rejeição). Passará sua vida dizendo que ninguém a ama.

5.2.2 Abandono

Das cinco feridas emocionais, essa é a mais apta a levar o indivíduo a se sentir vítima por causa do seu sentimento de dependência. A vítima é uma pessoa que estabelece situações de dificuldades e problemas de todo tipo durante a vida, em especial os de saúde, com o intuito de chamar atenção para si, ainda que de forma inconsciente. Isso nutre as necessidades do dependente, que sente que nunca terá o suficiente. Considera que, se não conseguir atrair a atenção do outro, não poderá contar com apoio. Esse é um padrão aprendido quando criança: o dependente precisa sentir que, se der um passo em falso, contará com alguém para ajudá-lo. Tal comportamento é tão frequente a ponto de as pessoas se perguntarem como o indivíduo consegue arranjar tantos problemas.

A relação amorosa do caráter oral tem os mesmos distúrbios que podem ser encontrados em sua função de trabalho. Seu interesse é narcisista, suas experiências grandes e limitadas a respostas. Espera receber compreensão, simpatia e amor e é supersensível a qualquer frieza sentida no companheiro ou no meio (LOWEN, 1977, p. 158).

O dependente não vê os problemas como obstáculos, pelo contrário. Vislumbra-os, ainda que inconscientemente, como dádivas, uma vez que servem ao propósito de chamar a atenção dos outros para si. Acredita que isso o impede de sentir a dor do abandono. Usualmente, utiliza a frase “estou passando por problemas, mas pelo menos não estou sozinho”. Ser abandonado dói mais do que enfrentar os múltiplos e variados problemas que ele mesmo cria. O que ele não se dá conta é que, quanto mais a pessoa age como vítima, mais a ferida do abandono se agrava.

5.2.3 Manipulação

Em geral, pessoas portadoras dessa dor são controladoras, na busca de conquistar seu lugar, além de muito manipuladoras e atraentes. Parece que o comportamento delas é sempre algo a dizer: “olhe para mim”.

Usam o olhar intenso e controlador, que serve para perceber o que acontece a sua volta, a fim de manter o outro próximo ou distante ou, ainda,

para intimidá-lo. Assim, elas se protegem do medo de serem manipuladas, dissimulando sua fraqueza, vulnerabilidade ou impotência.

Estávamos no fim do quarto mês da análise. Então, pela primeira vez, aquela relação recalcada para com o irmão irrompeu através do que estava intimamente relacionado com o elemento mais perturbador da transferência atual: a inveja da potência. Revelando fortes afetos, lembrou-se de repente de que sempre condenara o irmão, da maneira mais rigorosa, por ele andar atrás de todas as mulheres, seduzindo-as e gabando-se disso. Minha aparência imediatamente lhe lembrara o irmão (REICH, 1998, p. 71).

Pessoas que sofrem dessa dor sentem muita dificuldade de aceitar qualquer forma de manipulação, proveniente de si ou dos demais, assumindo comportamentos e atitudes que demonstram força e coragem – para elas, é importante que os outros vejam e saibam desse seu potencial. Uma vez que são exigentes consigo, querem mostrar aos outros do que são capazes. Esforçam-se ao máximo para serem responsáveis, fortes, especiais e importantes. Dessa forma, o indivíduo satisfaz o ego, que não suporta perceber que ele próprio seja capaz de fazer as mesmas coisas.

5.2.4 Humilhação

A ferida da humilhação está ligada ao campo do asseio, da sexualidade, do aprendizado, da audição e da fala. A criança que sofre com essa dor forjará para si a máscara do masoquista. E seu comportamento será o de uma pessoa que encontra satisfação e/ou até prazer em sofrer, procurando a dor e a humilhação de maneira inconsciente. Ela também faz de tudo para conseguir ser como acredita que os outros gostariam que ela fosse, na tentativa de se livrar da dor da humilhação ou da vergonha em relação ao que faz ou não faz, ao que tem ou não tem. Desencadeia, assim, a ferida da humilhação, querendo fazer e ter coisas que se tornam meios para compensar essa dor.

Qualquer que seja o fator pelo qual se sobressaia, isso lhe provoca um forte angústia. Daí ser necessário se humilhar para evitar a angústia. Isso, naturalmente, é uma razão nova para se sentir abandonado – o que provoca todo o complexo da necessidade de amor (REICH, 1998, p. 240).

O que o indivíduo não compreende é que, quando faz tudo para os outros, é porque tem necessidade de se achar especial e que todo esse esforço feito

é a tentativa de provar sua importância para si e para os demais. Nessa busca, ele se humilha e se rebaixa, embora o faça de forma inconsciente. A menor crítica feita a seu respeito o faz sentir-se arruinado.

5.2.5 Sentir-se trocado ou excluído

Pessoas com esse tipo de ferida tendem a usar muito a comparação, o que as fazem ser injustas consigo. Elas se comparam, o tempo todo, com quem consideram melhor e mais perfeito. É muito comum sentirem-se comparadas desde o período de criança com os irmãos, colegas de escola ou vizinhos. Então, o indivíduo acusa os outros de serem injustos com ele, pois não se dá conta de que é o primeiro a fazer isso consigo, interiormente, por medo de ser trocado ou excluído.

Entretanto, há uma angústia tipicamente feminina que considero um exemplo da angústia de castração, a saber, o medo na mulher de ser abandonada pelo homem amado. O desejo de ser amada e protegida é tão poderoso no inconsciente feminino que a jovem mulher, não obstante solidamente envolvida em sua relação, tem sempre medo de ser privada do amor de seu companheiro. Ao menor conflito, lança suspeitas sobre seu parceiro querer deixá-la (NASIO, 2007, p. 99).

Segundo Zimerman (2007), essa dor traz um sentimento mesclado com inveja e que alude a um desgosto, em um misto de raiva e de pesar, diante da decepção pela preferência que tenha sido dada a outrem, e não à pessoa. Daí a busca na tentativa de ser perfeita, pois acha que, se o que diz ou faz é perfeito, não será necessariamente trocada.

Qual era a obsessão neste caso? O paciente não conseguia se livrar da visão de uma jovem que havia sido sua namorada durante a adolescência. A relação foi terminada após sete anos, quando a moça se apaixonou por outro rapaz (LOWEN, 1977, p. 158).

Também é o caso do indivíduo que deseja ser bem-sucedido na expectativa de atender os desejos dos pais, motivado pelo anseio de obter sua aprovação bem como garantir que esse amor será exclusivamente dele, especialmente o da mãe. Geralmente, pessoas que sofrem dessa dor foram comparadas, diante de um possível desapontamento que seus pais expressaram, fazendo-as sentir que, se não forem perfeitas, cuidadosas, dedicadas etc., serão trocadas ou excluídas desse amor.

5.3 RECONHEÇA QUAIS SÃO OS SEUS TALENTOS

Todos têm talentos. O que ocorre é que as pessoas não sabem quem elas são. Pode parecer estranho dizer ou pensar que alguém não se conhece, mas infelizmente acontece com a maioria. Possivelmente, isso se dá como consequência de dores ou repressão – como já citamos nos capítulos anteriores –, motivos pelos quais algumas pessoas não conseguem enxergar o próprio valor. Não sabem quem são nem do que são capazes, muito menos do que gostam ou não, de verdade, ou ao menos o que querem da vida. O resultado disso são bloqueios emocionais que continuam impedindo o seu desenvolvimento.

Muitas pessoas dizem: “Gostaria de tomar uma decisão assim, mas não sei como poderia mudar minha vida”. Essas pessoas se deixam paralisar pelo medo de não saberem exatamente como transformar seus sonhos em realidade. Por isso, nunca tomam as decisões que poderiam transformar suas vidas nas obras-primas que merecem ser. Estou aqui para lhe dizer que não é importante inicialmente saber como vai criar um resultado (ROBBINS, 2017, p. 41).

Como explicado anteriormente, essa dificuldade em se perceber tem origem na infância, pois algumas pessoas são ou imaginam que foram repetidamente oprimidas, geralmente pelos pais ou cuidadores, os quais, por ignorância ou falta de conhecimento, dizem frases inibidoras como: “você é burra”, “você não sabe de nada” ou “por que você não aprende?”. Esse tipo de comportamento causa um efeito negativo sobre a criança, fazendo com que ela acredite que realmente não é capaz de realizar algo – e acaba paralisando ou bloqueando talentos, com a crença de que não os possui.

5.3.1 Caráter esquizoide ou escapista

Com o intuito de se livrar das dores sofridas, a criança cria uma couraça que denominamos aqui de caráter. O primeiro a ser formado, segundo Lowen (1977), aparece como fruto da dor de rejeição, originária do período pré-natal ou embrionário, cujo caráter desenvolvido é do esquizoide – que, se bem trabalhado e diante da ausência da dor, pode assumir e reconhecer seus talentos como criatividade, imaginação e capacidade de raciocinar.

Nossa paciente queria poder confiar em mim porque, como disse com simplicidade,

necessitava de meu auxílio na luta contra as “forças”. Assegurei-lhe que não era um espião alemão, ou qualquer tipo de espião, e que nunca o fora. A isso respondeu que todo mundo pensa apenas em termos de sua própria natureza ou estrutura de caráter e que, por isso, o FBI só podia pensar em atividades da espionagem, já que não podia compreender o que eu estava fazendo. Tive de concordar com essa afirmação, e de novo se justificou meu apreço pela mente esquizoide (REICH, 1998, p. 380).

Segundo Reich (1998), nos momentos de clareza dos esquizoides, ou seja, nos instantes lúcidos fora da dor, eles são extremamente capazes de perceber, com inteligência e sagacidade, os assuntos individuais e sociais como nenhum outro. Por isso é que quando o indivíduo se conhece pode usufruir de todos os benefícios de seu potencial.

Profissões e carreiras nas quais provavelmente se sairiam melhor: engenharia, arquitetura, urbanismo, desenvolvimento de sistemas, TI, ciências da computação, entre outras.

Habilidades e talentos¹⁰

10 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Sextante, 2017.

- Boa capacidade de criar, inventar, imaginar;
- Aptidão especial para trabalhar sozinho;
- Eficiente, pensa em inúmeros detalhes;
- Apto a reagir diante de emergências;
- Não precisa dos outros incondicionalmente. Pode muito bem ser feliz sozinho.

5.3.2 Caráter oral

Segundo Freud, a fase oral é a primeira percepção psicológica sobre um objeto, embora nesse período exista “o sentimento de unicidade com o pai (ou mãe) bastante poderoso” (LOWEN, 1977, p. 169), advindo da intensa necessidade fisiológica de uma experiência que proporcione gratificação e alívio da tensão interna do sentimento de abandono vivido pela criança.

A primeira etapa da organização da libido foi denominada como a fase oral, sendo que a boca (vem do latim “*os-oris*”, daí “oral”) constitui-se como a zona erógena que primacialmente experimenta a libido oral e suas gratificações, como é no ato da amamentação. A finalidade da libido oral, além da gratificação pulsional, também visa à “incorporação”, a qual, por sua

vez, está a serviço da “identificação” (ZIMERMAN, 2007, p. 92).

Nessa fase, por meio da amamentação e identificação, inicia-se o processo de aprendizado de carinho, de proteção, do toque, que trará à criança segurança, tanto física como psíquica. Estabelece, assim, a relação com os objetos (mãe) como “agradável” ou “desagradável”, a depender de sua experiência durante o período de amamentação – se no peito ou na mamadeira.

Com base nesse aprendizado da criança, o adulto que desenvolveu o caráter oral – e que já elaborou de forma adequada os conflitos inconscientes entre a necessidade deste outro e o medo do desapontamento – pode desfrutar de toda habilidade oriunda desse caráter. Como apontou Lowen (1977, p. 161), “o caráter oral é caracterizado pelo desejo e prazer de falar [...]. Essa necessidade de expressão é acompanhada de um alto grau de inteligência verbal”. Isso possibilita afirmar que as habilidades e os talentos desse indivíduo são a comunicação inteligente, a sensibilidade e o acolhimento.

Profissões e carreiras nas quais provavelmente se sairiam melhor: política, vendas, artes, relações públicas, entre outras.

Habilidades e talentos¹¹

11 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Sextante, 2017.

- Sabe o que quer. Tenaz e perseverante;
- Não desiste quando está determinado a obter alguma coisa;
- Tem dom para a comédia. Sabe atrair a atenção dos outros;
- Naturalmente engraçado, animado e sociável, reflete a alegria de viver;
- Capacidade de ajudar os outros, pois se interessa por eles e sabe como se sentem;
- Aptidão para utilizar seus dons quando os medos estão controlados;
- Talentos artísticos;
- Sociável. Mesmo assim, precisa de momentos de solidão para repor as energias.

5.3.3 Caráter fálico-narcísico ou controlador

O intenso medo da dor de ser manipulado leva o indivíduo a desenvolver a couraça do fálico-narcísico ou controlador. Ele tende a exibir impulsos fortes e determinados para o sucesso de seus objetivos.

Os tipos mais marcantes tendem a alcançar posições de liderança na vida e não estão dispostos a se sujeitar à posição de soldados rasos. Quando é esse o caso, como no exército ou em organizações hierárquicas semelhantes, eles compensam a necessidade de ter de se subordinar dominando aqueles que lhes são inferiores (REICH 1998, p. 209).

Bleichmar (1988 apud ZIMERMAN, 2007) pontua que pessoas com esse tipo de caráter apresentam características e habilidades para ocupar posições de poder, autoridade e superioridade, o que lhes garante serem admiradas e reconhecidas como valiosas, com atributos que as elevem a um nível de perfeição. São excelentes negociadoras, líderes e articuladoras de coisas e pessoas.

É importante ressaltar que pessoas com esse caráter, e que não estão no processo da dor, exibem força e, principalmente, coragem, com o objetivo de crescimento saudável. Embora muito exigentes consigo, querem mostrar aos outros do que são capazes. “A realização social, graças à agressão livre, é fortemente impulsiva, energética e usualmente produtiva” (LOWEN, 1977, p. 257). Essas pessoas têm uma personalidade forte, defendem seus pontos de vista e crenças com veemência, buscando convencer e esperando que todos concordem com elas, o que as torna excelentes líderes.

Profissões e carreiras nas quais provavelmente se sairiam melhor: administração de empresas, vendas, finanças, contabilidade, gestão pública, entre outras.

Habilidades e talentos¹²

12 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Sextante, 2017.

- Com sua força, sabe ser tranquilizador e protetor;
- Muito talentoso e sociável;
- Grande capacidade de falar em público;

- Aptidão para perceber e valorizar os talentos dos outros, ajudando-os a adquirir mais confiança;
- Capacidade de delegar, o que ajuda os outros a se valorizarem;
- Entende rapidamente como os outros se sentem e distensionam o ambiente, fazendo-os rir;
- Capaz de administrar várias coisas ao mesmo tempo;
- Toma decisões rapidamente. Encontra aquilo de que precisa e se cerca das pessoas certas para entrar em ação;
- Capaz de grandes performances em diversos níveis;
- Confia no Universo e em sua força interior. Consegue relaxar completamente.

5.3.4 Caráter masoquista

O indivíduo que vive a dor do sentimento de humilhação na infância forja para si uma máscara ou caráter do masoquista. Não querendo ser ferido por aqueles que o humilham, se mostra firme e passa a ser muito dinâmico, suportando ou fazendo tudo para todos. “Na medida em que ‘dá o sangue’ por tudo o que faz, é um trabalhador esforçado” (LOWEN 1977, p. 204), colocando-se sempre em situações de cuidador de alguém. Não importa o quanto seja difícil, ele sempre dá conta do recado. É como se dissesse: “quanto mais coisas carrego nas costas, melhor”.

Apesar da aparente falta de jeito para se expressar, o masoquista é muito inteligente e sensível. Sua percepção e compreensão dos outros é precisa e penetrante. Por outro lado, ignora as forças que determinam a sua própria conduta. Põe sua inteligência a serviço de sua desorganização, assim fazendo com que a inteligência desempenhe um sinistro papel em sua vida pessoal (LOWEN, 1977, p. 205).

Quando o masoquista não está na dor, tem habilidades produtivas que servem ao propósito de seu sucesso. É capaz, por exemplo, de suportar coisas difíceis (resiliência), é otimista, repete processos sem ficar entediado, tem atenção aos detalhes e trabalha com planejamento. Assim,

quando não busca de forma desesperada a aprovação e aceitação, ele deixa de ser subserviente ao outro para conquistar seu sucesso e objetivos.

Profissões e carreiras nas quais provavelmente se sairiam melhor: educação, coaching, mentoria, educação física, diplomacia, trabalho voluntário, entre outras.

Habilidades e talentos¹³

13 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Sextante, 2017.

- Conhece as próprias necessidades;
- Sensível às necessidades dos outros, também é capaz de respeitar a liberdade de cada um;
- Bom mediador, conciliador;
- Jovial, gosta do prazer e deixa os outros à vontade;
- É de natureza generosa, solícita e altruísta;
- Talento organizador. Reconhece os próprios talentos;
- Sensual, sabe desfrutar do amor;
- De grande dignidade, demonstra orgulho.

5.3.5 Caráter histérico ou rígido

A reação desse indivíduo diante dos sentimentos de ter sido trocado, excluído ou injustiçado limita-se à atitude de se isolar, supondo que assim vai se poupar e com a finalidade de proteção. A criança, nesse caso, cria a máscara ou caráter histérico, também chamado de rígido. A respeito da natureza da estrutura histérica, Lowen (1977, p. 234) salienta que “a rigidez da estrutura corporal é o terreno no qual irrompe o ataque histérico”, o que nos leva a concordar com a expressão “caráter rígido”.

Ainda de acordo com Lowen (1977), o caráter histérico é uma atitude inconsciente, fruto do Complexo de Édipo, um sentimento conflituoso vivido pela criança durante o período da primeira infância. Quando Freud desenvolveu sua teoria, baseou-se na tragédia *Édipo rei*, de Sófocles, para nomeá-la.

Pouco importa que a mãe viva sozinha, o que conta é que seja apegada a alguém, que deseje alguém; e, no caso de não ter nenhum parceiro amoroso, o que conta é que seja interessada por outra coisa que não o filho, que o amor pelo filho não seja o único amor de sua vida. Em suma, há Édipo a partir do momento em que a mãe deseja um terceiro entre ela e o filho. Eis o pai! O pai é o terceiro que a mãe deseja (NASIO, 2007, p. 73).

Conforme Lowen (1977, p. 235), “tem-se dado mais importância à mãe, que a menina vê como rival na sua afeição pelo pai”. O mesmo ocorre com o menino que tem o pai como rival – ambos desenvolvem habilidades que, quando livres da dor, podem ser de grande valia na busca de suas conquistas, pois diante dessas disputas adquirem a capacidade de se arriscar e energia de avançar sem medo, com competitividade, proatividade e agilidade.

Profissões e carreiras nas quais provavelmente se sairiam melhor: administração de novos negócios, empreendedorismo, gestão, relações públicas, entre outras.

Habilidades e talentos¹⁴

14 BOURBEAU, Lise. *As cinco feridas emocionais*. Sextante, 2017.

- Organizado, excelente para realizar um trabalho que exija precisão;
- Tende a se preocupar e zelar pelos detalhes;
- Capacidade de simplificar, de explicar com clareza quando ensina;
- Muito sensível, sabe o que os outros sentem, analisando os próprios sentimentos;
- Sabe o que deve saber no momento oportuno;
- Encontra a pessoa certa para realizar uma tarefa específica e a coisa exata a ser dita;
- Entusiasta, vivo e dinâmico.

Lembrando que, quando aqui se fala do tipo de caráter de alguém, isso não impede que coexistam outros tipos de caráter em uma mesma pessoa. O termo é utilizado para compreender o caráter dominante, tendo por função apenas definir qual personalidade se destaca.

5.4 COMO ELABORAR OS COMPORTAMENTOS

Segundo LeDoux (2011), McGaugh vem há tempos fazendo pesquisas em seu laboratório sobre o papel dos hormônios periféricos, como a adrenalina, usados nos processos de consolidação das memórias. Em vários estudos realizados com ratos, aplicando neles uma dose de adrenalina logo depois de terem aprendido alguma coisa, constatou-se que havia uma acentuada memorização da situação e aprendizado. Com base nessa pesquisa, os dados sugerem que, se um hormônio como a adrenalina for liberado naturalmente (pela glândula suprarrenal) ante a uma determinada situação ou experiência vivenciada, essa memória será perfeitamente armazenada, podendo ser lembrada, de forma consciente ou inconsciente, por meio de uma excitação emocional que comumente libera uma dose de adrenalina, fazendo com que essa memória surja nem que seja como uma ideia. Contudo, essas memórias vívidas, que se originaram das circunstâncias traumáticas, se manifestam no dia a dia, determinando um comportamento compulsivo e repetitivo, por meio dessas intromissões prejudiciais ao funcionamento mental normal.

Em primeiro lugar, [é preciso] conhecer o momento e o contexto nos quais surgiu a primeira crise na idade adulta e, mais que isso, a manifestação inaugural de tristeza mais remota em sua infância. Há sempre uma primeira vez em que o sintoma aparece, e essa aparição inicial é decisiva para compreender a causa do sofrimento. Tudo se joga no primeiro minuto porque é então que o impacto de um sintoma é mais intrusivo e indelével. Como se a eclosão do sintoma fosse mais reveladora de sua causa do que suas reincidências posteriores. Ora, a detecção da primeira irrupção do distúrbio é frequentemente desprezada pelo terapeuta, ao passo que tal informação lhe é indispensável para compreender a causa da doença. Por exemplo, jamais compreenderemos uma neurose de adulto se não localizarmos a neurose infantil de que ela é a repetição. Toda neurose de adulto repete uma neurose infantil (NASIO, 2007, p. 13-14).

A argumentação de Nasio (2007) corrobora, assim, com a formulação de LeDoux sobre a memorização dos traumas e neuroses causados pela manifestação de emoções e hormônios correndo pelo corpo durante a primeira crise traumática, na formação da criança. Por isso é muito importante que se busque recobrar a memória da manifestação inicial (*insights*) para a elaboração desses, o que possibilitará ao indivíduo a obtenção de mudanças psíquicas de seus bloqueios e vícios emocionais. Pode-se afirmar que tal processo de mudança é muito mais do que uma mera intelectualização, pois não basta saber o que aconteceu na infância – é

preciso passar por vivências afetivas (produção de hormônios, emoções e lembranças), lembrando-se das primeiras cenas vividas na infância, com a observação de pontos positivos que possibilitará o estabelecimento de correlações entre as atuais e as evocativas.

Um fato muito significativo: a mente subconsciente aceita todas as ordens dadas a ela em uma disposição de fé absoluta e age de acordo com essas ordens. Mas geralmente as ordens precisam ser apresentadas muitas e muitas vezes (afirmação positiva) antes de serem interpretadas pela mente subconsciente (HILL, 2018, p. 101).

Quando o indivíduo estiver de posse desses *insights* e elaboração dos fatos, pode-se assim, conforme o autor, pensar nos pontos positivos dos fatos ocorridos no período traumático, a fim de que o inconsciente registre essa memória positiva. Ainda conforme Hill (2018, p. 71), sob determinadas circunstâncias, “todos aqueles fatos e ideias esquecidos que estão sempre lá no subconsciente podem, se estiverem firmemente enraizados, influenciar suas atitudes e ações conscientes”. O inconsciente registra toda informação captada pela visão, olfato, paladar, audição e tato, porém toma tudo como literal, não fazendo julgamentos de valor – ou seja, não filtra nem esquece, e reproduz sem que se perceba, sejam elas memórias positivas ou negativas. Daí a importância de o indivíduo elaborar os fatos para que, verdadeiramente, alcance a cura. Vale ressaltar que uma bem-sucedida elaboração dos *insights* obtidos pelo indivíduo produzirá mudanças psíquicas significativas, que serão refletidas na prática e nos comportamentos.

EXERCÍCIO: SELF 1 E SELF 2¹⁵

15 Copyright© 2012 AIC - Todos os direitos reservados - www.aicoaching.com.br

O objetivo da ferramenta proposta a seguir é trabalhar com ações inconscientes para trazê-las ao nível consciente, ajudando você a atuar e fazer escolhas de forma consciente.

Self 1:

- Crítico de si próprio e dos outros e julgador;
- Dá os comandos;
- Tenta controlar o Self 2 e seus comportamentos;

- É a voz que fala conosco o tempo todo.

Self 2:

- Pleno de potencialidades e recursos infinitos;
- É aquele que ouve o Self 1;
- Provedor da nossa capacidade inata de aprender e desenvolver coisas novas;
- É o Self que todos apreciamos quando éramos crianças.

Agora responda:

1 – Como é que você fala consigo mesmo?

2 – Você costuma criticar-se e julgar-se com que frequência?

3 – De onde vem esta voz?

4 – Como é que ela sabe o que sabe?

5 – Como você poderia desafiá-la?

6 – O que você ganharia com isso?

7 – Qual o preço que paga atualmente por não exercer controle sobre esta voz?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que este livro tenha lhe auxiliado no processo de desbloqueio e mudança de hábitos, com o intuito de conquistar a sua vida abundante. Vícios, em especial os emocionais, causam impactos negativos que fazem as pessoas ficarem presas a uma realidade que nunca se modifica, causando uma grande lacuna entre o saber e o fazer. Não importa o quanto de conhecimento se tenha, na hora de executar o que sabem, elas ficam travadas, sem conseguir sair do lugar. Estão, assim, sempre se autossabotando e se submetendo às mesmas situações e experiências, embora o façam de forma inconsciente, o que dificulta ainda mais a sua mudança.

Um exemplo são as pessoas que têm o vício de recomeçar e, de forma inconsciente, sem saber que estão sempre buscando um meio de fracassar em seus projetos, acabam por falir uma empresa e iniciar tudo outra vez. Vivem um ciclo de repetição de um padrão de comportamento sem fim. Assim, não conseguem evoluir ou alcançar os seus sonhos, metas e objetivos.

Contudo, a partir do momento em que VOCÊ decidiu usar este livro como um manual prático para RESSIGNIFICAR o que aconteceu em sua vida, entendeu que não vai conseguir apagar, mudar ou esquecer o seu passado – e nem precisa –, mas que pode mudar a forma como lida com esses acontecimentos, sejam eles bons ou ruins, alterando assim todos os processos e resultados, desbloqueando todas as áreas de sua vida e modificando os padrões de comportamentos viciosos. Embora nem tudo esteja sob seu controle, a forma como você vai reagir é sempre uma escolha pessoal e diz muito sobre como será sua existência dali em diante, isto é, se ela será preenchida por lamentos e tristezas ou por alegria e sucesso.

REFERÊNCIAS

ANDREAS, Steve; FAULKNER, Charles. **Programação neurolinguística**: a nova tecnologia do sucesso. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 1995.

ASSIS, MARCELO. **Vícios emocionais**. São Paulo: All Print, 2008.

AZEVEDO, Elisa Cardoso; MOREIRA, Mariana Calesso. Psiquismo fetal: um olhar psicanalítico. **Diaphora – Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul**, ago./dez. 2012 p. 64-69. Disponível em: <http://www.sprgs.org.br/diaphora/ojs/index.php/diaphora/article/viewFile/73/73>. Acesso em: 6 nov. 2019.

BOCCATTO, Marlene. Reprodução humana e experiência com embriões. **Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (IX) – 23ª Reunião**. Brasília: 25 a 27 set. 2001. Disponível em: <http://gracasgv.com.br/wp-content/uploads/2014/10/Reprodu%C3%A7%C3%A3o-Humana-Dra.Marlene-B.doc>>. Acesso em: 20 jan. 20.

BOURBEAU, Lise. **As cinco feridas emocionais** [recurso eletrônico]. Trad. André Telles. *E-book*. 148 p. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

BRENNER, Charles. **Noções básicas de psicanálise**: introdução à psicologia psicanalítica. São Paulo: Imago, 1987.

CIENTISTAS descobrem neurônios que funcionam como “velocímetro” cerebral. **Exame Abril**, São Paulo, 16 jul. 2015. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/ciencia/cientistas-descobrem-neuronios-que-funcionam-como-velocimetro-cerebral/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

COMA... **ABC da Medicina**. Disponível em: <https://abcdamedicina.com.br/coma-etilogias-e-avaliacao-pela-escala-de-glasgow.html>>. Acesso em: 19 jan. 20.

COSTA, Paulo José da; REIS, Clayton Washington dos; MACHIAVELLI, Eliana Cristina. **Psiquismo pré-natal**: uma caracterização da produção psicanalítica escrita brasileira (1993-2003). Santa Cruz do Sul, n. 27, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/135/566>. Acesso em: 20 jan. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** [recurso eletrônico]. 2. ed. *E-book*. 440 p. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAMÁSIO, António Rosa. **E o cérebro criou o homem**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

DANTAS, Gabriela Cabral da Silva. **Autoconhecimento**. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/psicologia/autoconhecimento.htm>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

DAVIDOVICH, Marcia Moraes; WINOGRAD, Monah. Psicanálise e neurociências: um mapa dos debates. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 801-809, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a15.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FENICHEL, Otto. **Teoria psicanalítica das neuroses**. Trad. Samuel Penna Reis. São Paulo: Atheneu, 2005.

FRANCESCONI, Elaine P. M. S. Desenvolvimento da memória nos ciclos da vida: infância. **Revista Multidisciplinar da Saúde**, ano II, n. 3, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/ander/OneDrive/%C3%81rea%20de%20Trabalho/PALESTRAS/livros/Revista%20Multidisciplinar%20da%20Sa%C3%BAde%20-%20Revistas%20-%20Anchieta.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2019.

FREUD, Sigmund. **Totem e tabu**. Rio de Janeiro: Imago, 1987. v. 13.

_____. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1992. v. 21.

_____. **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

_____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. 24 vol.

GARBINATO JUNIOR, DORIVAL. **O modelo do cérebro triúnico em interface com a psicanálise e outras teorias tripartites da mente**. 2018. 245 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Humanidades e Educação do Curso de Psicologia, Rio Grande do Sul, 2018. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5719/Dorival%20Garbinato%20Junior.pdf?sequence=4>. Acesso em: 25 nov. 2019.

GARCIA, Luiz Fernando. **O cérebro de alta performance**: como orientar seu cérebro para resultados e aproveitar todo o seu potencial de realização. São Paulo: Gente, 2013.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

GASTAUD, Marina Bento. Psiquismo fetal: a teoria de Arnaldo Rascovsky sobre os núcleos arcaicos do ego. **Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade**, n. 5, jan./fev./mar. 2008, Porto Alegre. Disponível em: <www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php>. Acesso em: 6 nov. 2019.

GIL, Roger. **Neuropsicologia**. São Paulo: Santos Editora, 2002.

GOMES, Marleide da Mota; QUINHONES, Marcos Schmidt, ENGELHARDT, Elias. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 46, n. 1, jan./fev./mar. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2010/v46n1/a003.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

HELLINGER, Bert. **A cura**: tornar-se saudável, permanecer saudável. Trad. Daniel Mesquita de Campos Rosa. Belo Horizonte: Atman, 2014.

HILL, Napoleon. **Quem pensa enriquece**: o legado. Porto Alegre: CDG, 2018.

IZQUIERDO, IVÁN. A mente humana. **Revista Multiciência**. Centro de Memória do Instituto de Pesquisas Biomédicas da PUC-RS, Porto Alegre, n. 3, 2004. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/online/arquivos/izquierdo.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

JUNG, Carl Gustav. **O eu e o inconsciente**. Trad. Dora Ferreira da Silva. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KANDEL, Eric R. **Em busca da memória**: o nascimento de uma nova ciência da mente. Trad. Rejane Rubino. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. **Vocabulário da psicanálise**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LASCANI, Daniel. **3 Cérebros**. Disponível em: https://psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?3-cerebros_codigo=AOP0496. Acesso em: 19 jan. 20.

LEDOUX, Joseph. **O cérebro emocional**: os misteriosos alicerces da vida emocional [recurso digital]. Trad. Terezinha Batista dos Santos. *E-book*. 297 p. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

LIMA, Ricardo Franco de. Compreendendo os mecanismos atencionais. **Ciências Cognição**, v. 6, n. 1, nov. 2005, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cc/v6n1/v6a13.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

LIPPS, Theodor. O conceito de inconsciente na psicologia. **Natureza Humana**, v. 3, n. 2, p. 335-356, jul./dez. 2001, São Paulo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v3n2/v3n2a05.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2019.

LOWEN, Alexander. **O corpo em terapia**: abordagem bioenergética. Trad. Maria Silvia Mourão. São Paulo: Summus, 1977.

LURIA, Aleksandr Romanovich. **Fundamentos de neuropsicologia**. Trad. Juarez Aranha Ricardo. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; São Paulo: Edusp, 1981.

MACHADO, Carine da Costa; VOLPI, José Henrique. Caráter oral e suas coberturas. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Orgs.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO E 3ª CONVENÇÃO BRASIL-LATINOAMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, Curitiba, 2014. Disponível em: http://www.centroreichiano.com.br/artigos/Anais_2014/MACHADO-Carine-VOLPI-Jose-Henrique-Carater-oral-e-suas-coberturas.pdf. Acesso em: 23 dez. 2019.

MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert; BUCKLEY, Peter J. **A entrevista psiquiátrica na prática clínica** [recurso eletrônico]. Trad. Celeste Inthy. 2. ed. *E-book*. 543 p. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MELLO-FILHO, Julio de (Org.). **Psicossomática hoje** [recurso eletrônico]. 2. ed. *E-book*. 599 p. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENESES, Murilo S. (Coord.). **Neuroanatomia aplicada**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MURPHY, Joseph. **O poder do subconsciente**. Trad. Ruy Jungmann. 91. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2019.

NASCIMENTO, Renan C. do. Psicossomática e contemporaneidade. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/532>. Acesso em: 12 dez. 2019.

NASIO, Juan-David. **Édipo**: o complexo do qual nenhuma criança escapa. Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

_____. **Por que repetimos os mesmos erros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

ODOUL, Michel. **Diga-me onde dói e eu te direi por quê**: os gritos do corpo são as mensagens das emoções. Trad. Ana Bana. 10. reimpr. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

OLIVEIRA, Anderson Carlos de. **Impacto e contribuições da inteligência emocional na qualidade de vida**. Goiânia: Kelps, 2019.

PICCININI, Cesar Augusto; GOMES, Aline Grill; NARDI, Tatiana de; LOPES, Rita Sobreira. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a07.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2019.

PINHEIRO, Elaine; HERZOG, Regina. Psicanálise e neurociências: visões antagônicas ou compatíveis? **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 37-61, jan./jun. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v49n1/v49n1a03.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

REICH, Wilhelm. **Análise do caráter**. Trad. Ricardo Amaral do Rogo. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ROBBINS, Anthony. **Desperte o gigante interior**: como assumir o controle de tudo em sua vida. Trad. Haroldo Netto e A. B. Pinheiro de Lemos. 33. ed. Rio de Janeiro: Record, 2017.

SCHESTATSKY, Sidnei; SHANSIS, Flávio; CEITLIN, Lúcia Helena; ABREU, Paulo B. S.; HAUCK, Simone. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, supl. 1, p. 8-11, 2003. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a03v25s1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SILVA FILHO, Antônio Carlos Pacheco e. Psicanálise e neurociências. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 30, n. 3, p. 104-107, São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n3/v30n3a10.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2019.

SILVA, Sergio Gomes da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 29-54, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n2/03.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SIMANKE, Richard Theisen; CAROPRESO, Fátima. A metáfora psicológica de Sigmund Freud: neurologia, psicologia e metapsicologia na fundamentação da psicanálise. **Scientiae Studia**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 51-78, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n1/a04v9n1.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SOUZA, Milton Lopes de. A medicina, a psicanálise e a psicossomática: o usufruto do corpo. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 43-50, 1997. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v2i3p43-50>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

TOLLE, Eckhart. **O poder do agora** [recurso eletrônico]. Trad. Iva Sofia Gonçalves Lima. *E-book*. 156 p. Rio de Janeiro: Sextante, 2010.

WHITMORE, John. **Coaching para performance**. 3. reimpr. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2010.

VALCAPELLI; GASPARETTO, Luiz. **Metafísica da saúde**: sistemas respiratório e digestivo. 3. ed. São Paulo: Centro de Estudos Vida & Consciência, 2001. v. 1.

_____. **Metafísica da saúde**: sistemas circulatório, urinário e reprodutor. São Paulo: Centro de Estudos Vida & Consciência, 2005. v. 2.

_____. **Metafísica da saúde**: sistemas endócrino (incluindo obesidade) e muscular. São Paulo: Centro de Estudos Vida & Consciência, 2004. v. 3.

_____. **Metafísica da saúde:** sistema nervoso (incluindo coluna vertebral). São Paulo: Centro de Estudos Vida & Consciência, 2008. v. 4.

VIEIRA, Paulo. **O poder da ação:** faça sua vida ideal sair do papel. São Paulo: Gente, 2015.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos:** teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Psicastenia. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, supl. 2, dez. 2010, p. 421-430. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/09.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2020.